

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1896

563

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1896 à 1 heure

PAR

MARCEL CLARET

Né à Souillac (Lot), le 7 juillet 1868

DES TUMEURS KYSTIQUES

INTRAPELVIENNES

SECONDAIRES A L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

POUR LÉSIONS NON CANCÉREUSES

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. { NÉLATON, *agréé.*
ALBARRAN, —
HARTMANN, —

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1896

563

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1896 à 1 heure

PAR

MARCEL CLARET

Né à Souillac (Lot), le 7 juillet 1868

DES TUMEURS KYSTIQUES

INTRAPELVIENNES

SECONDAIRES A L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

POUR LÉSIONS NON CANCÉREUSES

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. { NÉLATON, *agréé.*
ALBARRAN, —
HARTMANN, —

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	Professeurs.	M. BROUARDEL.
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie.		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.		LANDOUZY.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale		STRAUSS.
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement		TARNIER.
		PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT

Agrégés en exercice :

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY.
ANDRE	GILLES DE LA	NÉLATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTNER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTH
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554029_0037

AVANT-PROPOS

Nous voulons que nos premières paroles soient des paroles de reconnaissance. Arrivé au terme de nos études médicales, c'est pour nous un précieux devoir de remercier nos maîtres des hôpitaux. Nous avons fait les premiers pas en médecine à l'hôpital Cochin, dans le service du regretté Dr Dujardin-Beaumetz ; nous adressons à sa mémoire nos plus respectueux hommages.

C'est surtout à M. le Dr Schwartz, de l'hôpital Cochin, et à M. le Dr Monod, de l'hôpital Saint-Antoine, que nous devons nos connaissances en Chirurgie et particulièrement en Chirurgie pratique. Nous les remercions sincèrement de nous avoir instruit dans cette branche de notre art.

M. le Dr Sevestre nous a appris la Médecine Infan-

tile à l'hôpital Trousseau ; nous lui sommes reconnaissant de nous avoir enseigné cette thérapeutique délicate et de nous avoir laissé une certaine initiative dans son service. Nous l'en remercions bien vivement.

Nous avons jugé nécessaire de consacrer quelques mois à l'étude des accouchements. M. le Dr Maygrier, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, et M. le Dr Doleris, accoucheur de la Pitié, nous ont donné toute facilité pour nous exercer dans cette pratique. Nous les prions de croire à notre profonde gratitude.

C'est à M. le Dr Letulle, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, que nous devons le plus de reconnaissance pour nous avoir appris la Clinique Médicale et l'Anatomie Pathologique. Nous n'oublierons jamais l'amabilité extrême qu'il n'a cessé de nous témoigner durant les deux années que nous avons été si heureux de passer auprès de lui et les nombreuses marques de sympathie qu'il n'a cessé depuis de nous prodiguer.

Notre excellent ami et maître M. le Dr Jayle a été pour nous, pendant toute la durée de nos études, le guide le plus sûr et le plus précieux qu'un étudiant puisse rencontrer. Nous avons suivi ses bonnes leçons pratiques de Gynécologie, et c'est sur ses conseils que nous avons choisi ce sujet pour notre thèse inaugurale,

et, si ce travail a quelque intérêt, c'est bien à lui que nous le devons. Notre éternelle amitié et notre profonde gratitude lui sont acquises depuis longtemps.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le Professeur Le Dentu nous a fait un honneur dont nous sentons tout le prix ; nous le prions d'agréer l'expression de notre plus respectueuse reconnaissance.

DES TUMEURS KYSTIQUES

INTRAPELVIENNES

SECONDAIRES A L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
POUR LÉSIONS NON CANCÉREUSES

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'examiner récemment, à la Consultation de l'hôpital Broca, deux malades qui, après avoir subi une hystérectomie vaginale pour affection annexielle, étaient encore atteintes de tumeurs pelviennes. A ce propos, nous avons recherché dans la littérature médicale les cas de ce genre qui avaient pu être mentionnés. N'ayant trouvé sur ce sujet aucun travail d'ensemble, nous avons songé à essayer de combler cette lacune, en rassemblant toutes les observations qu'il nous serait possible de trouver, pour tirer de leur lecture, si faire se pouvait, quelques conclusions pratiques.

Cette modeste étude comprend trois chapitres. Le premier a trait à l'étiologie et à la pathogénie des tumeurs kystiques

pelviennes survenues après une hystérectomie vaginale ; dans le second, nous décrirons les symptômes et le diagnostic de ces tumeurs ; le troisième enfin comprendra leur traitement et leur prophylaxie.

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les tumeurs pelviennes qui peuvent survenir après une hystérectomie vaginale totale, pratiquée pour affection non néoplasique de l'appareil utéro-ovarien, peuvent être divisées en trois grandes classes : 1° les tumeurs enkystées d'origine sanguine (hématocèle post-opératoire) ou infectieuse (pelvi-péritonite, épiploïte) dont nous ne nous occuperons pas au cours de cette étude; 2° les tumeurs kystiques développées soit aux dépens de la trompe, soit aux dépens des ovaires, soit, dans l'épaisseur du ligament large, aux dépens des vestiges du corps de Wolf; 3° les tumeurs d'origine inflammatoire et d'apparence plastique, formées autour d'un segment de trompe ou d'ovaire, lui-même kystique ou non.

Éliminant la première catégorie, il nous reste des tumeurs pelviennes développées, soit aux dépens des annexes laissées en place, soit aux dépens sans doute du corps de Rosenmüller.

1. — TUMEURS DÉVELOPPÉES AUX DÉPENS DES ANNEXES LAISSÉES EN PLACE. — Le grand reproche que les laparotomistes ont fait et font encore, non sans raison, à l'hystérectomie vaginale, est que cette opération ne permet pas toujours l'ablation entière des annexes et peut demeurer, par suite, une intervention incomplète. Les hystérectomistes répondent en disant que la laparotomie est loin de se terminer réguliè-

ment par l'ablation de toutes les lésions, qu'elle reste parfois exploratrice et qu'enfin et surtout elle a le tort de ne pas enlever le principal organe, l'utérus, dont la disparition amènera l'atrophie des annexes, si celles-ci n'ont pu être extirpées.

Actuellement les partisans de l'hystérectomie vaginale deviennent chaque jour de plus en plus nombreux, et partant de cette idée que l'ablation de l'utérus est le point capital de toute intervention pour une affection utéro-annexielle ou annexielle simple, ils sont parvenus à substituer peu à peu à l'opération de Tait l'opération de Péan.

Notre courte expérience ne nous permet pas d'émettre en pareille matière un avis quelconque. Les faits sont trop complexes, trop dissemblables les uns des autres, pour qu'à leur simple lecture et en dehors de toute expérience, l'on puisse arriver à se faire une juste idée de la valeur comparative et des indications respectives de la laparotomie et de l'hystérectomie. Dans cette immense question, nous ne prendrons qu'un point pour essayer de l'élucider, celui qui a trait à l'atrophie des annexes après l'hystérectomie vaginale.

L'opinion couramment exprimée par les pères de l'hystérectomie vaginale (Péan, Segond, Richelot, etc.), c'est que les annexes s'atrophient après l'ablation de l'utérus, et que par suite il est inutile d'insister pour les enlever.

« Les résultats thérapeutiques éloignés sont donc absolument identiques, qu'on fasse la castration totale ou simplement la castration utérine : la première donne 92 0/0 de guérisons durables, la seconde 90 0/0 », dit Baudron (1).

(1) BAUDRON, p. 99

« Mes observations démontrent, écrit Richelot (1), qu'après l'hystérectomie l'ablation totale des annexes n'est pas nécessaire pour avoir une franche guérison. J'ai fait cette ablation vingt-deux fois sans rien laisser; douze fois l'extirpation de l'utérus a été suivie d'une castration unilatérale; vingt-sept fois j'ai tout laissé en place. »

Dans cette question de l'atrophie des annexes, il faut distinguer les cas et faire la part de ce qui appartient aux annexes d'une part et de ce qui a trait aux phénomènes péri-annexiels de l'autre. Des annexes semblent volumineuses à l'examen pour deux raisons : parce qu'elles sont elles-mêmes hypertrophiées et kystiques ou parce qu'elles sont entourées d'œdème inflammatoire.

Après l'hystérectomie, toutes les lésions qui sont de nature simplement congestive et œdémateuse disparaissent, et c'est ainsi qu'on voit fondre des masses annexielles non extirpées.

Mais les annexes elles-mêmes, que deviennent-elles? Deux cas doivent être considérés : elles sont normales et saines ou elles sont atteintes de lésions.

Les annexes normales et saines s'atrophient-elles après la castration utérine? — Pour répondre à cette question, nous devons nous adresser à l'expérimentation, à l'anatomie pathologique et à la clinique.

a) *Expérimentation.* — GRAMMATIKATI a pratiqué sur le lapin l'ablation de la matrice et a noté expressément quelles modifications atteignent les ovaires après cette mutilation.

(1) RICHELOT, p. 92.

« Les expériences sur les lapins, dit-il, et un examen de contrôle des ovaires chez la femme qui a subi une ablation complète de la matrice m'ont démontré que, malgré l'absence de la matrice, l'ovaire continue à travailler en ce sens que le développement et la rupture des vésicules de Graaf ne sont pas interrompus et peuvent avoir lieu, même après trois ans. Les faits se rapportant au sujet ont été remarqués avant moi, d'une façon purement théorique, par Hofmeyer; mais, autant que je sache, ils n'ont pas été établis ni par voie d'expérimentation sur les animaux, ni par l'examen microscopique des ovaires de la femme. On penserait, au contraire, avec Brennecke, que l'enlèvement de la matrice amènerait une atrophie rapide des ovaires. On ne peut pourtant pas parler d'une atrophie rapide des ovaires, puisque, trois ans après l'enlèvement de la matrice, j'ai encore trouvé dans les ovaires conservés des vésicules aux différents degrés de maturation. On aurait pu supposer *a priori* qu'après l'ablation de la matrice, l'appareil sexuel dût prendre l'état habituel à l'âge de vieillesse, autrement dit que, dans ces cas, les modifications atrophiques habituelles liées à l'âge évolueraient plus vite; mais il n'existe pas, à l'heure qu'il est, de données suffisantes pour porter un jugement positif. Il est vrai que, dans les ovaires examinés par moi, il se trouvait à côté des vésicules arrivées à maturation des traces de modifications atrophiques du tissu; mais ces traces ne peuvent pas être rapportées aux résultats de l'ablation de l'utérus, car la femme dont j'examinai les ovaires était à l'âge (43 ans) où les modifications atrophiques apparaissent sans cela; ces modifications étaient d'ailleurs d'importance secondaire. Ainsi, actuellement, on ne peut affirmer que ceci : Même après

l'ablation de l'utérus, les fonctions des ovaires continuent pendant plusieurs années. »

b) *Anatomie pathologique*. — Il serait extrêmement important d'avoir un nombre d'observations où, après autopsie, l'on aurait pu noter les modifications survenues du côté des annexes (celles-ci étant saines lors de l'intervention) après l'hystérectomie vaginale. Mais les faits de ce genre sont des plus rares, et nous n'avons pu trouver qu'une observation, bien significative, il est vrai.

Sur une femme de 43 ans, hystérectomisée trois ans auparavant par le professeur Lebedeff, GRAMMATIKATI a pu pratiquer l'examen des ovaires, et il a constaté dans ces ovaires tous les stades de développement des follicules de Graaf.

c) *Clinique*. — La clinique est peu riche en arguments précis pour prouver l'atrophie ou non des annexes non extirpées.

GLEVECKE, cependant, a donné, depuis longtemps, des observations cliniques tendant à démontrer la non atrophie de l'ovaire après l'hystérectomie vaginale. Voici, d'ailleurs, les faits qu'il a rapportés :

OBSERVATION I. — Lu..., vagin large et flasque, tendance au prolapsus, pas de modification de la muqueuse. Ovaire droit quelque peu diminué de volume, ovaire gauche de la grosseur d'une fève. — Durée de l'observation : quatre ans et demi.

OBSERVATION II. — Va..., vagin large, muqueuse molle, flasque et pâle, impossibilité de sentir les ovaires. — Durée de l'observation : un an et demi.

OBSERVATION III. — Hu..., vagin large et flasque, de la longueur d'un doigt, muqueuse pâle, sécrétion quelque peu granuleuse. Ovaire droit peut-être un peu diminué; ovaire gauche normal. — N'a été observée que pendant six mois.

OBSERVATION IV. — An..., vagin court et large, muqueuse pâle, ovaire droit normal, ovaire gauche de la grosseur d'une amande, adhérent à la cicatrice vaginale. — Observation pendant un an.

OBSERVATION V. — Sch..., vagin large et court. Aucune modification de la muqueuse. pas de pertes blanches. Les deux ovaires sont normaux, de consistance dure. — Observée pendant un an et demi.

OBSERVATION VI. — Pe..., vagin large et assez long, muqueuse quelque peu hyperhémiee, pertes légères. Les deux ovaires sont de la grosseur d'une noix et adhérents à la cicatrice vaginale. — Observée pendant six mois.

OBSERVATION VI. — To..., vagin large et long, paroi vaginale molle et flasque; muqueuse pâle, sécrétions un peu laiteuses, ovaire droit de la grosseur d'un œuf de pigeon, à l'époque de l'hystérectomie; de la grosseur d'une amande deux ans après; ovaire gauche de même.

Deux femmes ont été observées pendant un temps assez long; l'une quatre ans et demi, l'autre deux ans et demi, trois autres pendant un an et plus, et deux pendant six mois seulement.

« Dans aucun cas, ajoute GLEVECKE, je n'ai eu à noter ni atrophie, ni aucune altération du vagin et de la vulve, même après quatre ans et demi ». Il est très intéressant de savoir ce que deviennent les ovaires, et si l'évolution subsiste quand les règles sont supprimées à la suite de l'hystérectomie. J'ai

trouvé les ovaires presque normaux dans deux cas, six mois après l'opération. Dans les deux observations suivies le plus longtemps, les ovaires étaient atrophies au point de ne présenter que le volume d'une amande ou d'une fève. Dans l'un des cas, l'atrophie était précédée d'une augmentation de volume passagère. Dans l'observation IV, l'ovaire gauche avait la grosseur d'une amande après quinze mois, et était adhérent à la cicatrice vaginale. Dans l'observation II, il était impossible de sentir les ovaires. Je m'explique ces deux faits en admettant que, lors de l'opération, les deux ovaires avaient été probablement atteints. Dans cette même observation, des ligatures avaient été posées au niveau du bord médian des ovaires, de façon que ceux-ci se sont nécrosés en grande partie. Dans l'observation II, il se produisit plus tard une hernie de la trompe gauche qui fut réséquée au thermocautère, ce qui explique ses adhérences avec la cicatrice vaginale, et sa transformation partielle en tissu cicatriciel.

« Les deux cas que j'ai eu l'occasion de suivre le plus longtemps (Observ. I et VII) me font conclure que les ovaires diminuent quelque peu de volume dans les années qui suivent.

« Si l'on pouvait extirper l'utérus sans porter atteinte aux ovaires, il n'y aurait pas d'atrophie des ovaires. Je suis porté à croire qu'après l'extirpation totale l'ovulation subsiste régulièrement jusqu'à la ménopause, et je cite à l'appui de mon opinion de nombreux cas d'absence congénitale de l'utérus, dans lesquels les ovaires étaient normaux et où l'ovulation se faisait régulièrement. Le fait qu'il n'y a pas d'atrophie consécutive des organes génitaux externes et du vagin parle dans le même sens. Ensuite on admet que l'ovulation

peut se faire d'une façon arythmique indépendamment de la menstruation.

« Pour me résumer, je suis d'avis que l'extirpation totale de l'utérus, si elle est faite sans lésion des ovaires, n'entraîne pas l'atrophie des organes génitaux respectés, et que l'ovulation continue à se faire normalement. »

D'autre part, on arrive par le raisonnement, et en s'appuyant sur les troubles que l'on constate après l'ablation des annexes par la laparotomie, ou après la castration utérine, à penser que les ovaires ne s'atrophient pas ou, en tout cas, ne s'atrophient que lentement.

En effet, il est incontestable que les femmes laparotomisées présentent des troubles plus accentués que les hystérectomisées. Or, l'ablation des ovaires est la règle quand il s'agit d'une laparotomie, tandis qu'elle est peut-être l'exception au cours de l'hystérectomie vaginale. Comme, d'autre part, il semble « que les phénomènes morbides post-opératoires sont dus, en totalité ou en partie, à l'absence d'une sécrétion ovarienne, encore inconnue (1) », on arrive, d'après Jayle, à cette conclusion que la supériorité des résultats éloignés (phénomènes douloureux non compris) de l'hystérectomie vaginale sur la laparotomie tient sans doute à ce que, au cours de la première, on enlève plus rarement les ovaires qu'au cours de la seconde. Le corollaire de cette conclusion, c'est que les ovaires continuent à fonctionner et, par suite, ne s'atrophient pas ou s'atrophient très lentement.

(1) JAYLE.

Les annexes altérées s'atrophient-elles après la castration utérine? — Il faut examiner successivement la trompe et l'ovaire.

La *trompe* peut présenter deux ordres d'altérations macroscopiques bien différentes au point de vue de l'évolution ultérieure des lésions. Si elle est kystique (hydro-; hémato- ou pyo-salpynx), elle ne reviendra pas sur elle-même, si elle n'a été précédemment ouverte : que l'utérus soit absent ou présent, la collection évoluera pour son compte. Si elle n'est pas kystique et qu'elle présente des lésions d'inflammation chronique, ces lésions diminueront, si, comme c'est la règle, elles sont chroniquement entretenues par une infection microbienne utérine sans cesse renouvelée. Ajoutons que les modifications vasculaires qu'entraîne dans la région l'ablation de l'utérus viendront encore aider à la régression de ces lésions. Disparaissent-elles complètement? C'est peu probable. Il peut même arriver que, sous l'influence de causes inconnues, il y ait comme un réveil de microbisme latent dans ces segments de trompes et qu'un abcès s'y développe. D'autres fois, la cavité de la trompe se laisse distendre avec une lenteur extrême, sans grande réaction et, ainsi, peuvent se développer insidieusement de petites tumeurs kystiques contenant du pus ou même du liquide clair, résultat de la transformation de ce dernier.

L'*ovaire* altéré continue à présenter l'évolution de ses lésions : s'il s'agit de sclérose, celle-ci se poursuit et, par un processus régulier, arrive à la destruction lente et régulière du tissu ovarien; s'il s'agit de kystes ou d'abcès, on ne peut songer à les voir disparaître après l'ablation de l'utérus.

Il existe quelques observations (SCHONHEIMER, PASTEAU) de tumeurs polypeuses développées après hystérectomie vaginale dans la cavité de la trompe restée perméable au fond du vagin cicatrisé (Obs. XVII). Enfin WENDELER (Obs. XVI) a publié un cas de grossesse tubaire après hystérectomie vaginale, preuve nouvelle de la non-atrophie de la trompe et de l'utérus.

La conclusion à laquelle nous sommes amené, c'est que l'atrophie, à proprement parler, des annexes normales, après hystérectomie vaginale, n'est pas prouvée, que les annexes malades, contenant des kystes, ne peuvent être résorbées, enfin que les débris de trompes renfermant des germes à virulence extrêmement atténuée peuvent être le point de départ d'abcès pelviens consécutifs.

On ne peut donc pas dire avec Baudron que la castration utérine doit donner des résultats aussi parfaits et aussi durables que la castration utéro-ovarienne. Les cas qu'il compare entre eux ne sont pas comparables, et nul chirurgien ne voudrait, de parti pris, et sous prétexte que les annexes s'atrophient, n'enlever que l'utérus lorsque les trompes sont malades et accessibles.

En fait, les trompes sont laissées quand, soit en raison de l'habileté de l'opérateur, soit en raison du procédé opératoire employé, soit enfin en raison de l'état des lésions, il est impossible d'enlever autre chose que l'utérus. Alors, que se produit-il? Si les annexes sont relativement saines, que les lésions soient péritonéales et que les phénomènes de pelvi-péritonite prédominent, les masses annexielles ou mieux périannexielles fondent après l'ablation de l'utérus, comme elles fondent parfois spontanément.

Si elles sont le siège de poches suppurées et que ces poches soient toutes ouvertes, la cicatrisation survient, ici comme en tout point de l'organisme, ou, comme on peut l'observer, après de simples incisions vaginales, sans hystérectomie.

Si les poches ne sont pas crevées par l'opérateur, elles subsisteront et continueront à se développer.

Enfin parfois, sous les débris d'annexes malades abandonnées, on verra se développer des poches kystiques secondaires.

2. — TUMEURS DÉVELOPPÉES DANS LE LIGAMENT LARGE. — Après l'ablation complète des annexes et de l'utérus, il peut encore se développer des tumeurs kystiques pelviennes. BAUDRON en a observé trois cas (Obs. VII, VIII, XII) et à ce propos il dit : « Il est intéressant de rappeler que ces productions kystiques se sont montrées chez des femmes ayant subi une castration utéro-annexielle totale. Leur origine est des plus obscures et l'histologie n'y décèle aucun vestige qui permette d'en affirmer les provenances absolument tubaire ou ovarienne. Telle a été, du moins, la conclusion de mon excellent ami Hallé, chef du laboratoire de la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker, qui a eu l'amabilité d'examiner, avec une grande compétence, les parois d'un kyste enlevé à une malade qui avait subi la castration utéro-annexielle. »

HABUSSEAU a consacré sa thèse à l'étude des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes ; mais dans son travail il ne donne, en réalité, aucune observation probante de kyste vrai (nous rapportons

la seule qui puisse à la rigueur passer pour autre chose qu'une collection péritonéale enkystée). L'auteur a d'ailleurs soin de conclure qu'il s'agit de collections péritonéales enkystées ; que la présence de la fibrine dans le liquide de ces collections suppose l'existence de phénomènes irritatifs, ayant en général pour point de départ le pédicule ; enfin que le développement de ces kystes se fait d'une façon aiguë et s'accompagne de phénomènes généraux marqués.

M. le professeur LE DENTU a mentionné, au Congrès de Chirurgie de 1891, le cas d'une malade opérée depuis un an « chez laquelle il est facile de constater par le toucher deux petits kystes tubaires, l'un à droite, l'autre à gauche ». Relativement à la pathogénie de ces tumeurs, M. le professeur Le Dentu pense qu'il s'agissait de formations kystiques secondaires « dues peut-être à la persistance d'une petite portion de la trompe ».

Nous avons eu nous-mêmes l'occasion de voir opérer, par M. Pozzi, deux malades atteintes de kystes du ligament large, l'une après l'ablation des annexes par la laparotomie, l'autre après une hystérectomie vaginale.

3. — FRÉQUENCE DES TUMEURS KYSTIQUES PELVIENNES APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — Il faut établir des distinctions. Les kystes développés dans l'épaisseur du ligament large sont extrêmement rares et nous n'avons pu en réunir que trois observations (Obs. VII, VIII, IX.).

Les tumeurs kystiques développées aux dépens des annexes sont moins rares. Sans avoir fait des recherches très complètes, nous avons pu en réunir 14 cas. Si nous y ajoutons les 3 observations d'autopsie immédiatement pratiquée après

l'opération et qui montrent nettement l'existence de poches qui n'auraient certes pas guéri spontanément, nous arrivons au chiffre de 17 cas. Enfin ce chiffre aurait été plus considérable, si nous y avions ajouté les faits où l'on trouve de petits noyaux dans le petit bassin, noyaux d'ailleurs peu douloureux en général, mais qui sont développés autour de débris annexiels et qui démontrent en tout cas que la disparition ne survient pas toujours.

Il n'est donc pas rare de trouver des masses inflammatoires dans le petit bassin, lorsque l'ablation de l'utérus n'a pas été accompagnée de l'extirpation des annexes et *que ces annexes étaient malades*.

Pour établir une proportion, ce nous est complètement impossible. En prenant la thèse de BAUDRON qui contient 200 observations détaillées, nous arrivons à déduire de la lecture de ces dernières les remarques suivantes :

BAUDRON donne le résultat de 37 hystérectomies pour suppurations pelviennes graves avec 10 morts, 17 revues de 3 ans 1/2 à trois mois et 10 non revues ou de moins de 3 mois. Il s'agit dans ces faits de grosses suppurations développées soit autour de l'utérus, soit dans les trompes ou les ovaires.

Sur les 17 revues, une fois la castration a été utéro-annexielle (obs. 155(1); une fois (68), les annexes ont été enlevées en totalité à droite et en partie à gauche; une fois (90), les

(1) Les chiffres cités entre parenthèses sont les numéros des observations de la thèse de BAUDRON.

annexes droites sont enlevées en totalité et la poche gauche est réséquée en grande partie.

Sur les 14 autres, les annexes sont restées en place après ouverture de toutes les poches 7 fois, et la guérison a été absolue ; une fois (7) les annexes sont laissées et « la malade toujours nerveuse, impressionnable, se plaint de sensation de brûlure, d'ailleurs très supportable, dans le pelvis, au moment des règles » ; une fois (17) les annexes avaient été préalablement enlevées par la laparotomie ; 2 fois (60 et 157), il a fallu pratiquer une laparotomie complémentaire ; une fois (71), les annexes avaient été presque entièrement enlevées au cours d'une laparotomie antérieure ; 2 fois (86 et 121), la malade n'est pas réexaminée.

4 autres malades sont mortes de tuberculose pulmonaire, en moins de cinq mois, et ne peuvent entrer en ligne de compte pour une saine appréciation des résultats éloignés.

De même les malades non revues ou opérées depuis moins de trois mois, au nombre de 10, ne font pas des observations complètes.

Enfin il y a 10 morts : 8 fois l'autopsie n'a pas été faite (obs. 12, 19, 32, 45, 169, 94, 67, 149), mais, dans l'observation 149, il est expressément dit que les annexes ont été enlevées complètement.

Deux fois l'autopsie est pratiquée : dans l'une (108) « le petit bassin est rempli par une poche purulente, largement ouverte par en bas. Les annexes ne sont pas enlevées : les ovaires et les trompes se trouvent sur la limite de la cavité purulente, englobés dans les fausses membranes, mais encore faciles à reconnaître, bien qu'en partie détruits par la sup-

puration. La poche est vide; sa surface externe adhère aux organes du petit bassin; l'interne est tomenteuse, irrégulière avec un peu de pus concret ». Dans l'autre (13) l'intervention a été incomplète (Obs. XVIII).

Somme toute, de ces 37 cas, au point de vue particulier qui nous occupe, 19 observations seulement sont complètes : 17 malades ont été revues, 2 ont été autopsiées. Des autres on ne peut que préjuger.

Sur ces 19 cas, 12 fois seulement la castration utérine est simple.

Parmi ces 12 cas, nous trouvons trois opérations incomplètes, ayant déterminé la mort dans un cas (Obs. XVIII) et nécessité une intervention secondaire dans les deux autres (Obs. X, XIII), ce qui fait une proportion assez notable.

BAUDRON donne ensuite 77 observations de pyosalpinx et abcès de l'ovaire. Il y a 74 guérisons et 3 morts.

L'autopsie n'a été faite dans aucun des 3 cas de mort : une fois les poches suppurées ont été enlevées en totalité (52), une fois les annexes droites sont enlevées incomplètement et les gauches complètement (14), une fois elles ne furent pas extirpées, mais ouvertes (143).

Des 74 guérisons, 55 ont été revues dans un intervalle de 3 ans 1/2 à 3 mois après les opérations, une est morte de tuberculose pulmonaire quatre mois après l'opération, et l'autopsie n'a pas été faite.

Sur les 55 revues, il en est 3 (55, 113, 144) dont les détails opératoires sont incomplets, 2 (72 et 124) qui sont trop complexes pour être retenues. Le chiffre se trouve ainsi ramené à 50.

33 ont eu une extirpation complète des annexes;

2 (1 et 23) ont eu une extirpation complète et ont présenté ensuite une collection kystique dans le ligament large. (OBS. VII, VIII.)

1 (126) a eu l'extirpation complète des annexes d'un côté, les autres ayant été extirpées par une laparotomie antérieure;

5 (51, 54, 92, 141, 148) ont conservé une partie des annexes gauches; 1 (25) ses annexes gauches; 3 (31, 103 et 112) ses annexes droites; 1 (137) une partie des annexes droites, 1 (38) des débris annexiels.

3 enfin ont gardé leurs annexes (81, 82, 131); l'auteur regarde celle-ci (131) à tort, d'après son observation, comme ayant subi la castration totale.

En résumé, 11 malades ont subi une castration annexielle complète ou pour mieux dire, d'après le récit des opérations, presque complète, et 3 une castration annexielle incomplète. Sur ces 11 malades, 1 (141) conserve six mois plus tard un peu d'induration de la cicatrice vaginale à gauche; 1 (148) fait au bout de trois semaines une collection développée dont les débris qui n'avaient pu être enlevés et guérit d'ailleurs après l'évacuation d'un verre à bordeaux de pus.

Des 3 qui ont conservé leurs annexes, 1 (82) a eu des phénomènes péritonéaux qui se sont terminés par l'évacuation d'un demi-verre de pus par le vagin; 1 (131) « se plaint encore de grande faiblesse dans la jambe gauche, de crises douloureuses du côté de la vessie. Elle a beaucoup engraisé et se trouve très améliorée. Guérison incomplète ».

Les malades qui ont subi l'extirpation complète ont guéri sans incident, et la guérison s'est maintenue, sauf pour deux qui ont présenté ensuite une collection kystique dans le ligament large et indépendante de toute annexe.

La conclusion à tirer de l'examen de ces observations est donc qu'il y a intérêt à enlever les annexes malades. Celles que nous rapportons viennent également à l'appui de cette même proposition.

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La **symptomatologie** que présentent les tumeurs kystiques pelviennes est des plus variables. Quand il s'agit d'abcès à marche rapide développés dans les premières semaines qui suivent l'hystérectomie vaginale (Obs. XI), on relève l'apparition de douleurs pelviennes assez vives, l'élévation de la température, l'existence de phénomènes infectieux plus ou moins graves.

Si la tumeur survient seulement plusieurs mois ou même plusieurs années après l'hystérectomie vaginale, on notera comme phénomènes fonctionnels tantôt seulement un peu de lourdeur dans le bas-ventre, de sensation de pesanteur (Obs. I), tantôt des douleurs aussi vives que celles que ressentait la malade avant l'hystérectomie vaginale (Obs. III).

Au toucher, les signes sont différents suivant la nature de la collection : un abcès aigu à marche rapide est évidemment différent d'un kyste du ligament large ou même d'une tumeur kystique suppurée ou chronique développée lentement dans des débris annexiels.

Au fond du vagin on peut ne trouver que la cicatrice terminale ; mais celle-ci peut être légèrement soulevée par la néoformation qui la repousse à peu près de la même façon qu'une tumeur annexielle déprime un cul-de-sac vaginal chez une femme qui n'a encore subi aucune intervention.

En combinant le palper abdominal au toucher, on arrivera à bien délimiter la forme, le volume et le siège de la collection.

La forme est des plus variables; on peut dire cependant qu'elle est le plus souvent vaguement arrondie.

Le volume est ordinairement peu considérable et les tumeurs kystiques dont nous parlons ne dépassent guère le volume du poing.

Le siège est presque médian, bien que le plus souvent la collection soit plus développée d'un côté que de l'autre. Parfois d'ailleurs, la collection est double (Obs. III) et les deux masses viennent s'accoler l'une à l'autre sur la ligne médiane.

Les autres caractères cliniques, fluctuation, rénitence, douleur, sont à rechercher et serviront au diagnostic, mais ils ne sont évidemment pas constants: leur présence ou leur absence dépend de la variété de tumeur à laquelle on a affaire.

Le **diagnostic** est le plus souvent facile. Il faut tout d'abord être prévenu de la possibilité de ces tumeurs et examiner avec grand soin toute femme qui se plaint encore de souffrir du ventre, même après une castration utéro-annexielle. De cette façon on ne laissera pas passer inaperçue une collection néoformée.

L'existence de la tumeur constatée, il faut établir quelle en est la nature. Or nous avons dit (page 3) :

« Les tumeurs pelviennes qui peuvent survenir après une hystérectomie vaginale totale pratiquée pour une affection néoplasique de l'appareil utéro-ovarien, peuvent être divisées en trois grandes classes: 1° les tumeurs enkystées d'origine sanguine (hématocèle post-opératoire) ou infectieuse (pelvi-

péritonite, épiploïte); 2° les tumeurs kystiques développées soit aux dépens de la trompe, soit aux dépens de l'ovaire, soit, dans le ligament large, aux dépens sans doute de l'organe de Rosenmüller; 3° les tumeurs de nature inflammatoire et d'apparence plastique, formées autour d'un segment de trompe ou d'ovaire, lui-même kystique ou non. »

L'hématocèle post-opératoire n'a guère été observée qu'après la laparotomie, mais on conçoit fort bien qu'elle puisse survenir après l'hystérectomie. Elle apparaît en général peu de jours après l'intervention. Elle peut résulter d'une hémorragie secondaire survenant après l'ablation des pinces, et, dans ces cas-là, elle présente les caractères ordinaires de toute hématocèle pelvienne: douleur, apparition le plus souvent brusque, élévation fréquente de la température, phénomènes abdominaux plus ou moins intenses, phénomènes généraux plus ou moins graves. A l'examen direct, si l'hématocèle n'est pas très volumineuse, on ne trouvera guère qu'une région un peu sensible à la pression, une sensation de résistance, d'em-pâtement profond. D'autres fois, au contraire, on pourra sentir une tuméfaction plus ou moins volumineuse. On comprend d'ailleurs que, pour que l'hématocèle se produise après l'hystérectomie vaginale, il faut que la brèche vaginale pratiquée lors de l'intervention soit partiellement ou totalement refermée, sinon le sang s'écoulerait directement au dehors. Ajoutons que dans le cas d'hémorragie secondaire, quand on est obligé de pratiquer un tamponnement, il peut s'accumuler derrière le tampon, en plus ou moins grande quantité, du sang qui constitue une sorte d'hématocèle. Il ne faut pas oublier que ces hématocèles peuvent ne pas se résorber et constituer ainsi des tumeurs pelviennes dont le diagnostic au bout d'un

certain temps devient des plus difficiles. Après une laparotomie, M. BOUILLY a pu observer un cas de ce genre. Une malade qu'il avait opérée en 1887 dut être réopérée quatre ans plus tard, la malade n'ayant jamais cessé de souffrir. Il s'attendait à trouver une trompe kystique dilatée par des produits de nouvelle formation ; il trouva une petite hématocele enkystée sur le bord droit de l'utérus, déchira avec son doigt les fausses membranes et put enlever quelques lambeaux membraniformes et tout rentra dans l'ordre.

La *pelvi-péritonite*, l'*épiploïte* sont des complications qui surviennent immédiatement après l'opération ; elles s'accompagnent d'accidents locaux et généraux, d'ordre infectieux, qui permettront de les reconnaître dans l'immense majorité des cas. Cependant, on comprend combien il peut être difficile de les différencier parfois d'avec des collections développées rapidement dans les débris annexiels laissés en place. Enfin, ajoutons que l'on peut prendre pour des masses annexielles laissées après laparotomie des épiploïtes ou des pelvi-péritonites chroniques.

Il existe encore des collections péritonéales enkystées (OBS. XIV) sur lesquelles TERRILLON a appelé le premier l'attention au Congrès de Chirurgie de 1891 et que HAHUSSEAU a décrites dans sa thèse.

M. le professeur LE DENTU a rapporté à ce même Congrès deux observations analogues à celles de TERRILLON. Mais, tandis que celui-ci pensait avoir affaire à des collections péritonéales enkystées, M. le professeur LE DENTU a, comme nous l'avons déjà dit (page 14), pensé avoir affaire à des collections développées aux dépens du moignon de la trompe distendue et transformée en kyste. TERRILLON s'appuyait pour établir sa

pathogénie sur la présence de la fibrine dans le liquide de la poche kystique. Ce liquide était séreux, jaunâtre, renfermait de l'albumine et de la fibrine, ne contenait ni globules de pus, ni élément microbien.

Quand on a éliminé les tumeurs enkystées, à développement aigu ou chronique, sanguines (hématocèle post-opératoire) ou infectieuses (pelvi-péritonite ou épiploïte), il reste à établir le diagnostic des *tumeurs développées soit aux dépens des annexes, soit aux dépens des vestiges du corps de Wolf dans l'épaisseur du ligament large*. Ce diagnostic est délicat, surtout si l'on n'est pas positivement renseigné sur l'intervention précédente. On peut dire simplement que la franche latéralité de la tumeur, l'unicité, le peu de mobilité, l'adhérence en quelque sorte à la paroi du bassin sont en faveur d'un kyste développé dans le ligament large. On pensera encore à cette dernière affection si l'on sait que les trompes et les ovaires ont été complètement extirpés lors de la première opération.

Reste enfin à savoir si la tumeur annexielle perçue est constituée par une poche kystique ou simplement par une masse inflammatoire et plastique, développée autour d'un débris de trompe ou d'ovaire. En réalité, dans ces cas, on fait le diagnostic surtout d'après le volume de la tumeur pelvienne; si elle est petite, indurée, à contours indécis, on pensera qu'il s'agit simplement d'un segment annexiel, sans poche kystique suppurée, ou non.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Le traitement à diriger contre les tumeurs kystiques développées aux dépens des annexes laissées après l'hystérectomie vaginale doit être chirurgical.

Quant à l'intervention en elle-même, elle sera aussi large que possible. L'extirpation de la poche doit être considérée comme le procédé de choix. Quant à la voie à suivre, elle ne peut guère être discutée : la laparotomie franche est l'opération de choix. Enlever par la laparotomie les annexes laissées en place et dégénérées sera, en général, le but du chirurgien.

Cependant, dans quelques cas bien déterminés, on pourra se contenter d'une simple incision vaginale suivie du drainage, avec ou sans chloroforme. Sans donner de règle absolue, ce qui serait impossible d'ailleurs, on peut recommander l'incision vaginale pour les collections suppurées faisant *nettement* saillie dans le vagin. Mais, s'il y a doute à l'endroit du diagnostic, il ne faudra pas hésiter à avoir recours à la seule intervention qui permette de voir clair : la laparotomie.

Quant à la ponction, pratiquée pourtant avec succès par TERRILLON (Obs. XIV), elle ne saurait être recommandée. C'est une méthode aveugle dont l'emploi en chirurgie abdominale est aujourd'hui complètement abandonnée.

Bien que la laparotomie secondaire soit la meilleure intervention à pratiquer, il faut cependant reconnaître qu'elle n'est que difficilement acceptée par les malades qui ont déjà subi une intervention aussi sérieuse que l'hystérectomie. Le but du chirurgien sera donc de prévenir cette opération secondaire.

Contre les tumeurs kystiques qui se développent dans l'épaisseur du ligament large aux dépens des vestiges du corps de Wolf, il n'y a rien à faire ; mais il n'en est pas de même pour les collections développées aux dépens des annexes. Il faut chercher à pratiquer l'extirpation des lésions et, pour mieux fixer les idées, nous étudierons d'abord les avantages et les inconvénients qu'il peut y avoir à enlever la trompe d'abord, l'ovaire ensuite.

L'extirpation de la trompe n'est jamais suivie du moindre inconvénient. Son ablation n'entraîne pas de troubles spéciaux. Par suite, on doit conclure qu'il faut chercher à extirper la trompe, normale ou malade, dans toute son étendue.

De l'extirpation de l'ovaire on ne peut dire la même chose. Il est certain que la castration ovarienne est suivie de troubles fonctionnels gênants chez les femmes jeunes. La castration utérine paraît donner, en moyenne, de meilleurs résultats au point de vue de la production des phénomènes dus à la suppression des règles. Or, comme il n'est pas douteux que les ovaires sont moins souvent enlevés au cours de l'hystérectomie vaginale que dans une laparotomie, on peut se demander si la cause des meilleurs résultats amenés par l'hystérectomie ne tient pas précisément à ce que les ovaires ne sont pas régulièrement extirpés au cours de cette dernière

intervention. On peut donc conclure qu'en l'état actuel de nos connaissances, il vaut mieux laisser qu'enlever un ovaire normal.

Mais si l'ovaire est malade et est le siège d'abcès ou de kyste, la conduite à tenir ne pourra être douteuse : l'extirpation doit être pratiquée.

A cette question de l'extirpation des annexes, on répond invariablement qu'elle n'est pas toujours possible. Le fait est exact, et il faut reconnaître que l'hystérectomie vaginale ne peut être toujours suivie de l'extirpation des annexes. Mais, dans un certain nombre de cas, cette extirpation sera possible ou impossible, suivant le procédé opératoire que l'on emploie.

Les premiers procédés de l'hystérectomie vaginale (Péan, Segond, Richelot) ne favorisent pas l'ablation des annexes. Ils ont en effet pour but d'enlever l'utérus d'abord, les annexes ensuite, si l'on peut. Or, quand l'utérus est enlevé, les annexes sont le plus souvent difficiles à atteindre, parce qu'elles sont remontées dans la cavité abdominale et que le vagin est encombré de pincés. Aussi, dans ces derniers temps, un certain nombre de chirurgiens ont pris comme principe de descendre l'utérus, de l'énucléer, puis, avant de l'extirper, avant de placer des pincés sur le ligament large, d'énucléer également les annexes, et ainsi d'enlever le tout, utérus et annexes, d'une seule pièce.

C'est ce procédé que recommandent de préférence, quand il est applicable, MM. Pozzi et Bouilly dans leur service depuis plusieurs années; c'est encore lui que préconise M. Quénu. Ce chirurgien pratique l'hystérectomie vaginale en 4 temps :

1^{er} temps : incision vaginale; 2^e temps : libération de l'utérus, dissection de la vessie; 3^e temps : abaissement de l'utérus; 4^e temps : ablation des annexes, hémostase définitive. Il insiste tout particulièrement sur la nécessité qu'il y a à ne pratiquer l'hémostase qu'après la libération des annexes.

« Cette méthode d'hémostase, dit-il, a comme particularités : 1^o d'être pratiquée de haut en bas sur le ligament large; 2^o d'être faite par une série de pinces échelonnées de haut en bas; 3^o d'être faite en dernier lieu, c'est-à-dire que les pinces n'amènent aucune gêne à la manœuvre principale, qui est l'extirpation de l'utérus et des annexes.

.
« Je donne la préférence à ce procédé, parce qu'il réalise à mes yeux tous les desiderata : facilité d'exécution, hémostase sûre et parfaite, possibilité d'enlever non seulement l'utérus, mais encore les annexes. »



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Hystérectomie vaginale. — Tumeur kystique annexielle.

Eugénie B..., âgée de 49 ans, vient à la Consultation de chirurgie de l'hôpital Broca, le 30 mai 1896.

Réglée à 13 ans; a eu six accouchements.

Elle a subi l'hystérectomie vaginale totale pratiquée par M. Picqué pour un fibrome utérin, en octobre 1893. Elle avait des douleurs bilatérales avant l'opération, s'irradiant dans les cuisses, dans les reins, vers l'anus. Depuis sa dernière couche, il y a 15 ans, la malade souffrait, mais elle n'a jamais eu de pertes.

Il y a 1 an, elle a commencé à souffrir à droite, et les douleurs augmentent depuis 15 jours et s'irradient dans les cuisses. Plus de règles.

Depuis l'opération, la malade a des bouffées de chaleur. Céphalées surtout la nuit et le matin. Peu d'insomnie, mais le sommeil est lourd et pénible. Cauchemars intermittents tous les 4 ou 5 jours.

La malade est plus gaie qu'autrefois.

Pas de perte de mémoire marquée.

Pas d'adipose.

La malade est très nerveuse, mais son état n'a pas changé depuis l'opération.

Elle a de l'ataxie des deux pieds depuis 15 ans, les orteils sont recourbés. Cette ataxie fut diagnostiquée par Charcot, il y a 7 ans.

Examen physique. — Vulve large, déchirée en arrière. Pro-lapsus léger de la paroi antérieure et postérieure du vagin. Dans le petit bassin, il existe une tumeur de la grosseur d'une orange, un peu molle, fluctuante, assez mobile, et qui paraît être une collection kystique, développée soit aux dépens de l'ovaire droit qui serait resté, soit plus probablement dans l'épaisseur du ligament large. Cette tumeur est presque médiane, cependant un peu déjetée du côté droit.

OBSERVATION II (personnelle).

Hystérectomie vaginale. — *Petite tumeur au niveau des annexes droites.*

Marie C..., âgée de 45 ans, vient le 1^{er} mai à la Consultation de chirurgie de l'hôpital Broca. Elle a subi l'hystérectomie vaginale, le 27 décembre 1893, pour périmétrite suppurée. Elle souffrait beaucoup avant l'opération et surtout au moment des règles. Elle perdait beaucoup et continuellement, en rouge, en blanc, en jaune, mais pas en vert.

Après l'opération, la malade ne souffrait plus.

Depuis 6 mois, elle ressent des douleurs dans la région lombaire, s'irradiant dans les aines et dans les cuisses. Plus de pertes; les règles ont disparu complètement.

La malade a des bouffées de chaleur qui ne surviennent pas tous les jours, mais la nuit surtout; elles sont intermittentes et augmentent de jour en jour. Beaucoup de cauche-

mars. Le caractère s'est bien modifié; la malade est devenue triste et a des idées noires. Elle trouve qu'elle maigrit, mais qu'elle grossit du ventre. Elle est très nerveuse. Au point de vue de l'état général, elle est moins bien maintenant qu'avant l'opération.

Elle se plaint de douleurs lombaires qui sont bilatérales et s'irradient dans les aines et dans les cuisses; les douleurs sont quelquefois si fortes que la malade ne se trouve bien ni debout ni assise. Elle a de l'insomnie.

Examen physique. — Pas d'atrophie du vagin.

Rien au niveau des annexes gauches. A droite, au niveau des annexes, existe une tumeur grosse comme un œuf, assez mobile et douloureuse. C'est vraisemblablement l'ovaire qui est hypertrophié.

Il y a de l'entéroptose, de l'hépatoptose légère et de la néphroptose droite légère.

OBSERVATION III (Inédite)

(F. JAYLE).

Hystérectomie vaginale. — Tumeur annerxielle double persistante.

X... 38 ans, a eu, il y a 18 ans, une fausse couche de 3 mois depuis laquelle ont apparu des douleurs abdominales d'abord légères, mais qui sont allées en augmentant peu à peu, d'année en année, et ont fini par devenir très vives en 1892 et 1893.

Avril 1893. — Hystérectomie vaginale pratiquée à Saint-Louis.

4 juillet 1896. — Les mois qui ont suivi l'opération la malade a été améliorée, bien que les douleurs n'aient jamais

complètement disparu. Petit à petit les douleurs ont réaugmenté et, depuis deux ou trois mois, elles sont devenues plus vives que jamais, la malade se plaignant encore plus qu'avant l'hystérectomie vaginale.

ÉTAT ACTUEL : *Signes fonctionnels*. — Douleurs très vives, avec crises, empêchant la malade de vaquer à ses occupations, siégeant dans l'abdomen, plus particulièrement au niveau des annexes droites et dans le fondement.

Bouffées de chaleur très fréquentes, 10 jours par mois, revenant à moments, à intervalles si rapprochés que la malade ne peut rien faire ; moins fréquentes et variant de 10 à 1 ou 2 par jour le reste du mois. Ces bouffées de chaleur s'accompagnent de bourdonnements d'oreilles et de troubles de la vue.

Insomnie et cauchemars.

Asthénie neuromusculaire,

Idées noires, allant jusqu'au suicide.

État nerveux extrême : pleurs à chaque instant.

Digestions difficiles, appétit faible, constipation opiniâtre, langue chargée.

Rapports sexuels impossibles à cause des douleurs qu'ils provoquent. La malade se plaint en outre d'une sorte d'état de sécheresse du vagin.

Cystite : envies très fréquentes d'uriner.

Signes physiques. — Ventre un peu ballonné, un peu flasque.

Le rein droit est très mobile, mais non douloureux.

L'estomac est dilaté.

La palpation dans la fosse iliaque gauche n'est pas sensible, mais elle est douloureuse dans la fosse iliaque droite.

La vulve est de conformation normale, mais elle est rouge, comme enflammée (il y a un mois, le toucher était douloureux). Pas de suintement ni de pertes : la malade se plaint, au contraire, d'une sorte d'état de sécheresse continuelle qui la gêne considérablement. Au toucher on trouve, à six ou sept centimètres, sur la ligne médiane et gagnant à gauche, une saillie arrondie, douloureuse, du volume et de la forme de la grosse extrémité d'un œuf, située directement sous le promontoire et appuyant sur le rectum. La palpation combinée au toucher ne permet pas d'établir nettement les limites de cette tumeur, mais son volume total ne doit guère dépasser celui d'un œuf.

Au niveau des annexes droites, on sent, par la palpation combinée au toucher, une masse allongée, empâtée, douloureuse, située un peu au-dessus et à droite de la tumeur précédente, développée sans doute au niveau des annexes non enlevées et dont le volume est à peu près celui d'un œuf.

Le diagnostic porté est celui de tumeur kystique à gauche et de lésions inflammatoires un peu diffuses à droite, le tout développé aux dépens de segments annexiels non extirpés lors de l'hystérectomie vaginale.

OBSERVATION IV (Inédite)

(A. MARCHAND).

Hystérectomie vaginale. — Laparotomie secondaire.

Ch. J... âgée de 33 ans, modiste, entre dans le service de M. Marchand à l'hôpital Saint-Louis, le 5 juin 1893.

Périnéorraphie à l'hôpital Cochin 1886. Curetage en 1889. Depuis quatre ans, à plusieurs reprises, ouverture d'abcès

pelviens dans le rectum. Chaque fois la malade a de la fièvre, des vomissements.

Actuellement la santé est bonne, à part les troubles utérins. Dans les premiers jours de son entrée à l'hôpital, la malade perd du pus en allant à la selle.

A l'examen on trouve l'utérus immobile, il semble fixé par des adhérences. Le diagnostic est : suppuration pelvienne.

22 juin 1893 : *Hystérectomie vaginale* par M. Marchand. — L'utérus peu abaissable rend l'opération difficile. On ne trouve pas de pus.

24 juin. — Le pansement est imbibé d'un peu de sang. Les pinces sont retirées.

25 juin. — En enlevant le tampon, M. Marchand attire l'épiploon qui apparaît à la vulve. On le touche au sublimé et on le remet en place.

27 juin. — La malade va bien.

4 juillet. — État général bon.

7 juillet. — Émission de pus par le rectum. Les douleurs dans les reins persistent.

14 juillet. — Va bien.

18 juillet. — Plus de pus par l'anus. Au toucher, à gauche on sent une petite tuméfaction douloureuse.

26 juillet. — Encore du pus par le rectum. État général bon.

La malade entre de nouveau dans le service de M. Marchand, le 4 juin 1894.

Depuis l'hystérectomie, les douleurs ont persisté dans les deux fosses iliaques et l'hypogastre. En octobre dernier, subictère, affection hépatique probable. Les douleurs depuis

2 ou 3 mois sont plus vives, surtout accusées à droite, continuelles avec sensation de pesanteur.

Palpation. — Douleurs très vives dans les fosses iliaques; noyaux indurés dans les deux fosses, plus gros à gauche.

Toucher. — Cicatrice étoilée au fond du vagin, douloureuse, surtout du côté gauche.

8 juin. — *Laparotomie.* Du côté droit on enlève un hémato-salpinx du volume d'un œuf de poule, difficile à atteindre, adhérent dans le petit bassin. La poche se rompt et est enlevée facilement après sa rupture. A côté de cette trompe et lui adhérent, on trouve un ovaire polykystique du volume d'un œuf de pigeon. Rien du côté droit.

15 juin. — Ablation des fils.

25 juin. — Un fil a suppuré; trajet fistuleux au niveau de la cicatrice.

1^{er} juillet. — Cul-de-sac suppurant à la partie supérieure de la plaie.

12 juillet. — Plaie cicatrisée.

OBSERVATION V (Inédite)

(A. MARCHAND).

Hystérectomie vaginale. Laparotomie secondaire.

..., âgée de 35 ans, polisseuse sur or, entrée le 1^{er} juin 1893, dans le service de M. Marchand, à Saint-Louis,

Réglée à 13 ans, régulièrement.

Mariée à 17 ans, accouche d'une fille dès la première année de mariage. Un mois après son accouchement, souffrant encore de son ventre, elle entre à l'hôpital Tenon, où l'on constate une métrite. Son état s'améliore par le repos, les

injections et par des scarifications du col. L'amélioration est de courte durée, les douleurs reviennent, elles augmentent surtout il y a trois ans. A cette époque la malade a une perte de sang pendant un mois. Elle entre à l'hôpital Saint-Louis, où M. Péan porte le diagnostic de fibrome utérin, et fait l'*hystérectomie vaginale* en 1892. La guérison semble parfaite.

Un an après la malade souffre par périodes. Douleurs du côté de l'estomac et du cœur, surtout vives au niveau des reins, du bas ventre; ces dernières, particulièrement la nuit.

A l'examen, les culs-de-sac antérieurs et postérieurs sont libres.

Dans le cul-de-sac droit on trouve une grosseur transversale, s'étendant de la paroi pelvienne à la ligne médiane; elle est résistante, presque indolore.

Dans le cul-de-sac gauche, il existe une masse dure, grosse comme un œuf de pigeon, douloureuse, dure et accolée à la paroi pelvienne.

13 juin 1895. *Laparotomie*. — M. Marchand fait l'ovariotomie et la salpingectomie gauche.

Les suites opératoires sont excellentes.

OBSERVATION VI (Inédite)

(BEAUSSENAT).

Hystérectomie vaginale. — Tumeur annezielle gauche persistante.

Mme K..., âgée de 25 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

A été réglée à 14 ans. Depuis cette époque a toujours eu des règles abondantes et régulières.

Déflorée en 1890 (février). En mai, apparition de douleurs vagues dans les aines, survenant au moment de la menstruation. Dans l'intervalle des règles, pertes blanches abondantes. La malade nous raconte qu'elle urinait très souvent, mais que la miction n'était pas douloureuse. Les pertes blanches, au reste, étaient, à son dire, très épaisses, et quelquefois verdâtres ou jaunâtres. Il semble qu'il y ait eu à ce moment une blennorrhagie vaginale et utérine.

Au mois de septembre, la malade eut deux crises très violentes de douleurs, qui survinrent la nuit et qui occupaient la région pelvienne. Elles avaient le caractère subjectif de la métrite aiguë.

Elles survinrent dans l'intervalle des règles et ne durèrent qu'une huitaine de jours.

Dès lors, les douleurs inguinales augmentent. Elles survenaient non seulement au moment des règles, mais même dans l'intervalle, à la suite de fatigues, s'irradiaient vers les lombes et vers les cuisses. A vrai dire, c'était surtout la région inguinale gauche qui était douloureuse.

En 1891, la malade consulte un chirurgien, qui porte le diagnostic de salpingite gauche, probablement suppurée, et de salpingite catarrhale droite.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée en juillet 1895. L'utérus, la trompe et l'ovaire du côté droit sont facilement amenés au dehors et complètement enlevés. Mais la trompe gauche adhérait à la fosse iliaque, et son extirpation ne fut pas possible.

Les suites furent parfaites et la malade put se lever au bout de dix-huit jours. Tant que dura sa convalescence, elle n'éprouva aucune douleur, mais dès qu'elle reprit ses occu-

pations habituelles, elle commença à éprouver des douleurs dans la région inguinale gauche. Les douleurs étaient provoquées par la fatigue et surtout par le coït. Seul, le repos absolu les calmait. Cependant, jamais elles n'ont eu le caractère d'acuité qu'elles avaient avant l'opération.

Depuis 1891, l'état n'a pas changé. Ces douleurs existent toujours, provoquées par le coït et la marche.

A l'examen, on trouve dans le cul-de-sac gauche, à bout de doigt, une tumeur grosse comme un œuf, très dure, très irrégulière, où il est impossible de différencier l'ovaire de la trompe. Elle adhère fortement à la fosse iliaque, et probablement à l'S iliaque.

OBSERVATION VII

(SECOND *in thèse* BAUDRON).

Pyosalpinx gauche. — Salpingite parenchymateuse et ovaire polykystique à droite. — Opération de Péan. — Castration utéro-annexielle totale. — Collection kystique pelvienné secondaire. — Incision simple, puis extirpation. — Guérison.

Mme J..., âgée de 24 ans, entre à la Maison municipale de Santé le 7 avril 1890, chambre 12 bis.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents, a été réglée à 14 ans d'une façon toujours régulière et normale. Mariée à 20 ans, elle fait à 23 ans une fausse couche de 6 semaines, suivie d'une pelvipéritonite qui nécessite un séjour de 2 mois au lit.

Complètement rétablie, elle devient enceinte au mois de septembre 1889 et contracte la blennorrhagie au 6^e mois de sa grossesse. L'accouchement à terme fut des plus pénibles :

le travail dura 15 heures. L'enfant eut une ophtalmie purulente et perdit l'œil gauche.

Depuis cet accouchement la malade garde le lit. Pendant 4 mois, elle eut des symptômes graves de pelvipéritonite (douleurs abdominales aiguës, météorisme, vomissements porracés, température atteignant 40° le soir.

Vers le milieu de juillet, elle rendit par le rectum un grand verre de pus et fut soulagée pendant quelques jours.

Une nouvelle poussée la décida à entrer à la Maison municipale de Santé.

Examen local (sous chloroforme). — L'utérus en subinvolution et antéversé est peu mobile. Les annexes gauches sont confondues en une tumeur dure, ligneuse par places, très adhérente, ayant le volume d'une mandarine. A droite, l'ovaire augmenté de volume est très adhérent, et la trompe dilatée forme un cordon bosselé du volume du petit doigt.

État général satisfaisant. Malade un peu amaigrie, très nerveuse, appétit presque nul. Constipation opiniâtre.

9 août 1890. *Hystérectomie vaginale*. — Morcellement de l'utérus en trois étapes. Décortication complète des annexes. La trompe et l'ovaire gauches forment une poche qui contient environ 4 demi verre de pus. L'ovaire très adhérent est bourré de kystes, et la trompe présente les lésions ordinaires de la salpingite parenchymateuse. Neuf pinces. Durée de l'opération, 35 minutes.

Suites opératoires. — Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. A partir de ce moment la malade urine seule. Une selle abondante est provoquée par lavement, après l'ablation des pinces.

La température oscille autour de 38° le soir et 37° le matin, jusqu'au 7^e jour, où elle devient normale.

Le pouls atteint 120 le soir des 1^{er}, 2^e et 3^e jours.

Le tampon vaginal est enlevé le 4^e jour, et l'on fait des injections de sublimé à 1/400.

La malade se lève le 24^e jour (31 août).

Le 3 septembre elle se plaint d'une légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal fait reconnaître au niveau de la cicatrice et un peu à gauche un point fluctuant qui s'abcède le soir même, laissant couler deux cuillerées de pus. Dès lors la guérison est complète et la malade sort de l'hôpital le 8 septembre.

Revue très souvent. État général et local merveilleux. Appétence génitale plutôt exagérée. La guérison reste absolue jusqu'au mois de décembre 1893.

Décembre 1893. — Sous l'influence d'une vaginalite aiguë à gonocoques, la malade a présenté au niveau de l'angle droit de la cicatrice vaginale une *tumeur* mobile, lisse, fluctuante, douloureuse, du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur a été incisée et tamponnée deux fois sans succès. Son contenu était un liquide séreux très clair. Le lundi, 19 mars 1894, M. Segond en fait l'*ablation par voie vaginale*. La muqueuse vaginale, étant incisée au niveau de la cicatrice, est facilement séparée du kyste. Au cours du décollement, le kyste à contenu séreux s'est crevé. La poche a été excisée en totalité. Le péritoine a été ouvert. Actuellement la malade est en convalescence.

OBSERVATION VIII

(SECOND *in thèse* BAUDRON).

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Tumeur kystique secondaire formée aux dépens des restes du ligament large droit. — Laparotomie. — Guérison.

La nommée Estelle Thev..., âgée de 22 ans, entre à la Maternité Baudelocque le 28 octobre 1890, salle Levret, n° 83.

Réglée à 14 ans, d'une façon régulière et normale, cette malade se marie à 19 ans.

Devenue immédiatement enceinte, elle fait une fausse couche de 6 mois. Au bout de 15 mois, elle a une couche normale. L'enfant, né bien portant, meurt, à 3 mois, de méningite.

Au mois d'août dernier, elle a la rougeole, et c'est au déclin de cette fièvre éruptive qu'elle commence à éprouver des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs bilatérales, irradiées dans les cuisses et les reins, étaient surtout vives dans l'intervalle des règles. Elles se calmaient presque totalement une fois la menstruation installée. Les pertes blanches blanc jaunâtre étaient fort abondantes.

Elle entre à la Maternité Baudelocque le 28 octobre 1890.

L'utérus est en antéversion et peu mobile.

Les annexes du côté gauche forment une tumeur dure bosselée, très adhérente et très douloureuse, du volume d'une mandarine. A droite, elles offrent les mêmes caractères, mais sont un peu moins volumineuses.

Diagnostic. — Endométrite ; salpingite double probablement suppurée.

L'état général est très bon ; légère ascension fébrile tous les soirs.

Pendant 2 mois et demi, cette malade fut soumise au traitement médical. Repos absolu au lit, injections vaginales à 45° répétées trois fois par jour. Le 2 décembre, poussée aiguë, douloureuse et fébrile, dont le siège est dans les annexes droites qui augmentent de volume. Le 20 décembre, M. Pinard constate que les annexes droites sont un peu diminuées; la fièvre cependant persiste. Le traitement est continué pendant trois semaines, et devant la persistance des lésions on décide une intervention radicale.

14 janvier 1891. *Hystérectomie vaginale*. — L'utérus est morcelé en trois étapes. Les annexes des deux côtés très adhérentes sont décortiquées en totalité. Elles présentent à droite comme à gauche des lésions identiques. Les trompes sont atteintes de salpingite hypertrophique parenchymateuse,

Elles ont le volume de l'index, et leurs parois lardacées limitent une cavité qui contient une cuillerée de pus. Les ovaires sont bourrés de petits kystes.

Dix pinces à demeure; l'opération a duré une heure.

Suites opératoires. — Dès le soir, la température tombait à 37° et s'y maintenait. Le pouls n'a jamais dépassé 90. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures; les tampons, le quatrième jour. Selles après lavement, aussitôt les pinces enlevées.

La malade se lève le vingtième jour.

Elle part, complètement guérie, le 10 février.

Pendant 9 mois la guérison a été radicale. Elle a recommencé à souffrir en novembre 91; crises pelviennes à irradiations lombaires. Elle revient à Baudelocque à la fin de

février 1893. M. Segond constate un empâtement dans la fosse iliaque droite, très douloureuse à la pression.

8 mars 1893. *Laparotomie secondaire.* — Ablation d'une petite poche à contenu séreux, formée aux dépens des restes du ligament large droit.

Guérison complète, qui se maintient en juin 1893.

OBSERVATION IX

(SEGOND *in thèse* BAUDRON).

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Guérison. — Collection kystique pelvienne secondaire.

La nommée D... Eugénie, âgée de 24 ans, entrée le 13 mai 1891, à la Maison municipale de santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. — Trois ou quatre métrorhagies par mois, abondantes et douloureuses.

Mariée à 18 ans, a eu deux enfants. Le premier en 1887, à l'âge de 19 ans, accouchement fait par une sage-femme. Au quinzième jour, hémorragie assez forte. La malade dut garder le lit pendant trois mois et ne fut rétablie qu'au bout de 6 mois ; elle souffrait de points de côté, toussait beaucoup et expectorait des crachats blanc jaune.

Le deuxième accouchement, fait également par une sage-femme, a eu lieu en 1888. La malade a gardé le lit pendant 1 mois et demi, a perdu pendant 1 mois, a nourri cet enfant 6 mois.

Depuis cette couche, la malade souffre toujours du ventre. Elle a des pertes abondantes. Depuis quatre mois, pertes

jaune blanc abondantes. Sans avoir un aspect cachectique, cette femme est maigre.

L'auscultation dénote des craquements au sommet gauche.

Examen. — Col volumineux, ramolli superficiellement. Dans le cul-de-sac droit, tumeur paraissant solide et indépendante de l'utérus, du volume d'un œuf, séparée de l'utérus par un sillon profond.

A gauche, au niveau de la partie postérieure de l'échancre sciatique, tuméfaction douloureuse qui forme un noyau très adhérent à la paroi du bassin.

Diagnostic. — Salpingite double, probablement kystique.

1^{er} juillet. *Hystérectomie vaginale.* — Morcellement en deux étapes. L'ovaire gauche est enlevé avec la calotte utérine, il est gros, kystique, présentant en son centre un noyau hémorragique d'un centimètre de diamètre et adhérent à l'épiploon. L'ovaire droit est scléreux.

Les trompes ont le volume du pouce et offrent les lésions de la salpingite parenchymateuse hypertrophique.

Quatre pinces. Durée : 20 minutes.

Suites opératoires. — Excellentes ; pas de réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le quatrième jour.

La malade se lève le 24 juillet et part pour le Vésinet, complètement guérie, le 13 août.

D'après les renseignements fournis par M. Delagenière, du Mans (avril 1893), cette malade se plaindrait de douleurs pelviennes.

N. B. — Page 102 de sa thèse, parlant de cette malade, l'auteur dit : « C'est probablement d'une complication de cette nature (*collection kystique secondaire*) que souffrait la malade

de l'observation 49, qui fut revue au Mans, vers le mois d'avril 1893, par M. Delagenière. Au mois d'août. M. Delagenière, auquel j'écrivis à son sujet l'avait perdue de vue sans l'opérer. »

OBSERVATION X

(SECOND *in thèse* BAUDRON).

Périméto-salpingite suppurée. — Pyosalpinx double. — Opération de Péan incomplète. — Hématosalpinx droit secondaire. — Laparotomie. — Guérison.

Marguerite Pit... âgée de 37 ans, entre à la Maternité Baudelocque, service du professeur Pinard, le 4 septembre 1891.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, d'une façon normale. Une seule grossesse en 1873, sans incident. Début brusque des accidents il y a trois mois (février) entre deux époques menstruelles, par de violentes douleurs dans le bas-ventre, presque syncopales, avec frisson, ballonnement. Cet état dure trois semaines, puis tout s'amende. A la fin de juin, nouvelle poussée. Depuis cette époque la malade est couchée. Les douleurs bilatérales sont surtout vives à droite. La malade a de la fièvre, des vomissements fréquents. Inappétence absolue.

Examen. — Utérus fixé au fond du vagin par deux collections droite et gauche nettement fluctuantes.

Diagnostic. — Périméto-salpingite. Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 23 septembre 1891. — Morcellement très laborieux, étapes irrégulières. Ouverture par les écarteurs de quatre collections purulentes fétides : une dans le cul-de-sac de Douglas ; une dans la trompe droite, énorme ;

une moins grosse dans les annexes gauches ; une au-dessus de la corne utérine gauche.

Impossibilité d'enlever le fond de l'utérus. Opération extra-péritonéale.

Durée : une heure trois quarts. Quatre pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction de la température. Pouls entre 120 et 140 jusqu'au 4^e jour.

Ablation des pinces et des tampons au bout de quarante-huit heures.

La malade se lève le 21^e jour. L'écoulement purulent persiste encore au moment où elle quitte Baudelocque à la fin d'octobre.

Revue en février 1892. États local et général parfaits. La malade n'a pas eu ses règles. Vient de subir (3 mai 1894) une *laparotomie pour hématosalpinx droit*. Guérison incomplète.

OBSERVATION XI

(SEGOND *in thèse* BAUDRON).

Pyosalpinx double. — *Opération de Péan.* — *Abcès pelvien secondaire ouvert spontanément le 24^e jour.* — *Guérison.*

La nommée L..., âgée de 30 ans, entre, le 24 février 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Héréditaires : bons. Personnels : bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde dans l'enfance (8 ans 1/2). La malade, depuis lors, est presque totalement sourde.

Réglée à 14 ans, toujours normalement. Une grossesse terminée normalement, le 1^{er} août 1882.

Le 15 août 1883, la malade fait une chute dans un escalier,

qui détermine une métrorrhagie assez abondante. Après quinze jours de repos la guérison est complète.

C'est vers les premiers jours de mars 1885 que la malade éprouva les premiers symptômes douloureux du côté de l'utérus; une leucorrhée abondante survint bientôt. Elle n'a cessé dès lors d'être soignée sous l'étiquette : Métrite chronique. Il semble cependant qu'à plusieurs reprises depuis 1889, il se soit fait des poussées aiguës vers les annexes, en particulier celles de droite; des traces de vésicatoires, de pointes de feu, en sont les témoins.

Quoi qu'il en soit, il y a 5 mois, la malade vit apparaître un écoulement abondant de couleur rosée, d'odeur fade, presque fétide. Bientôt s'ajoutèrent des métrorrhagies survenant presque tous les quinze jours et d'une abondance extrême.

Le 8 février dernier, elle est prise de douleurs expulsives (comme pour accoucher, dit-elle) très violentes. Le 10, les douleurs semblent se calmer, mais la fièvre apparaît, puis des vomissements, du météorisme, une constipation presque opiniâtre. Tous ces phénomènes s'aggravent, et la malade, sur les conseils de son médecin, le docteur Fauquez, entre à Dubois le 24 février.

Examen. — Entre les lèvres du col dilaté on sent un polype de la grosseur d'un œuf de poule faisant saillie dans le vagin. Il est sphacélé.

En arrière de l'utérus antéversé on sent une tumeur rénitente faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur et dans la fosse iliaque droite, à deux travers de doigt au-dessus du pubis. A gauche, on limite difficilement une tumeur du volume du poing.

Le 27 mars, M. Segond pratique l'ablation du polype et draine la cavité utérine après l'avoir lavée avec plusieurs litres de sublimé au 2/1000°.

Cette intervention n'ayant amené aucune détente (Température vespérale, 39°. Pouls, 120. Vomissements, météorisme), M. Segond intervient de nouveau.

Hystérectomie vaginale, le 5 mars 1892. — La malade étant endormie, on constate la présence de deux tumeurs fluctuantes séparées de l'utérus : l'une à droite, du volume d'une tête d'adulte, remontant à quatre travers de doigt du pubis, l'autre à gauche, de la grosseur du poing.

Le diagnostic posé est pyosalpinx double.

M. Segond se dirige d'abord sur la tumeur droite qui bombe dans le cul-de-sac postérieur. Il l'effondre, et il s'en écoule un flot de pus fétide.

L'utérus est morcelé en trois étapes. Au cours du morcellement une deuxième poche suppurée est effondrée, ainsi que plusieurs kystes séreux. Le pyosalpinx gauche est crevé au moment de l'ablation du fond de l'utérus.

Six pinces : quatre à droite, dont une courbe, deux à gauche.

Durée de l'opération : 30 minutes.

On constate que le péritoine n'a pas été ouvert et que l'utérus a été énucléé du milieu de poches purulentes qui, toutes, sont ouvertes.

Suites opératoires. — Dès le soir, la température tombait à 36°8. Le lendemain et les six premiers jours, elle atteignit 38°, puis retomba à 37°, où elle s'est maintenue.

Les pinces, enlevées au bout de quarante-huit heures, ont été fort bien supportées.

Rien à noter jusqu'au seizième jour.

Le soir du seizième jour, la malade se plaignit d'un sentiment de pesanteur dans la fosse iliaque droite. Le toucher, prudemment pratiqué, fit découvrir un empâtement, comme un petit abcès : on prescrivit quatre grandes injections à 45° par jour.

Le lendemain apparaît un phénomène curieux. Deux heures environ après avoir mangé, la malade était prise de crises violentes dans la région cæcale. Au moment des douleurs on sentait très nettement se dilater sous la main une anse intestinale qui subitement s'affaissait. Le paroxysme de la douleur correspondant à la période de dilatation, l'affaissement subit, au contraire, causait un bien-être notable. Pendant huit jours, ces crises reparurent régulièrement, deux à trois heures après les repas. L'explication suivante peut en être donnée. Il existait dans la fosse iliaque droite un magma supra-vaginal, au milieu duquel un point du tube digestif était rétréci par des adhérences. Le passage du bol alimentaire au niveau de ce point rétréci, son arrêt momentané avant de le franchir, rendent peut-être compte de la douleur et de la sensation de dilatation qu'on observait.

Les crises douloureuses étaient atténuées par l'ingestion de cinq à dix gouttes de laudanum une heure après les repas. Sous l'influence d'injections et de bains sulfureux quotidiens, ces phénomènes disparurent. Le 29 mars, la malade évacua par le vagin un demi-verre de pus.

L'écoulement vaginal diminua peu à peu, et le 9 avril la malade quittait Dubois, ne souffrant plus, perdant à peine. Le toucher, d'ailleurs, démontra l'assouplissement presque complet de toute la région pelvienne,

En mars 1894, guérison absolue.

OBSERVATION XII

(SEGOND *in thèse* BAUDRON).

*Hystérectomie complémentaire pour fistule purulente après laparotomie. —
Trois laparotomies consécutives, dont une pour tumeur kystique développée
aux dépens des débris du ligament large droit.*

La nommée F... Eugénie, âgée de 31 ans, entrée le 22 novembre 1891 à la Maison municipale de Santé, service de M. Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, a eu un enfant il y a huit ans. Depuis cette époque a souffert du côté droit du ventre, à chaque époque menstruelle d'abord, puis d'une façon continue. Il y a deux ans, les douleurs apparurent à gauche. Pertes blanches dans l'intervalle des règles. Pesanteur continuelle dans le bas-ventre ; de temps en temps, douleurs en urinant.

Il y a dix-huit mois, les phénomènes demeurent très intenses, douleurs violentes, miction très fréquente et douloureuse, frissons, nausées. La malade entra à l'hôpital Saint-Louis, où M. Tuffier fit, par laparotomie, l'ablation des annexes droites, dit la malade.

Environ quinze jours après la laparotomie, il se forme à l'extrémité inférieure de la cicatrice, un petit abcès qui resta fistuleux. La fistule fut dilatée, curée, cautérisée sans succès. La malade quitta Saint-Louis avec sa fistule.

Depuis six mois, douleurs dans le bas-ventre à droite et à gauche, mictions fréquentes et douloureuses, perte de l'appétit et des forces, suppuration assez abondante par la fistule. Pas de règles depuis trois mois.

Examen. — Fistule profonde de cinq centimètres se dirigeant en bas, en arrière et à gauche.

Palpation douloureuse à gauche et à droite, où l'on sent un empatement diffus. Au toucher, cul-de-sac antérieur un peu douloureux, cul-de-sac gauche peu saillant, également douloureux, culs-de-sac droit et postérieur remplis par une masse arrondie, très douloureuse, qu'on n'arrive pas à limiter par le palper à sa partie supérieure. Utérus dévié à droite, immobile.

Diagnostic. — Suppuration pelvienne probable.

Hystérectomie vaginale, le 23 novembre 1891. — Morcellement facile, ouverture d'une petite poche purulente à gauche. Annexes absentes de ce côté. Annexes droites assez adhérentes, avec dilatation considérable de la trompe, d'ailleurs friable. Ablation complète. — 8 pinces. Durée : 10 minutes.

Suites opératoires. — Simples, mais les douleurs de la miction surtout, dit la malade, persistent.

La malade a subi, depuis, trois laparotomies pour adhérences dont les deux premières pour adhérences épiploïques, la dernière pour une *petite tumeur kystique développée au niveau du ligament large droit*. Actuellement, septembre 1893, la malade va très bien.

OBSERVATION XIII

(SEGOND *in thèse* BAUDRON).

Abcès pelvien à gauche. — Pyosalpinx droit. — Opération de Péan. — Au bout de six semaines, incision susinguinale d'une tumeur pelvienne gauche. — Mort le 4^e jour.

Mme N..., âgée de 27 ans, entre le 11 septembre 1893 à la Maison municipale de Santé, service de M. Segond.

ANTÉCÉDENTS. — Régliée à 11 ans et demi. Les règles ont toujours eu des retards de 8 à 10 jours; elles n'apparaissaient que 9 ou 10 fois par an. Durée ordinaire: 2 jours. Pas douloureuses. Jamais de pertes blanches. De 16 à 20 ans, attaques fréquentes de coliques hépatiques.

Le 24 janvier 1893, accouchement; on est obligé de pratiquer la basiotripsie. Le bassin rétréci mesurait 7 centimètres et demi de diamètre. A la suite, cystite, fréquence des mictions, pyurie. Ces phénomènes s'amendèrent au bout d'un mois. Depuis lors, jusqu'au 18 juillet, rien. Le 18 juillet, fausse couche de 2 mois et demi. Le jour même, pertes de sang très abondantes. Pendant les jours qui suivent, état général grave (fièvre, 40°), diarrhée profuse, douleurs atroces dans le bas-ventre, amaigrissement notable. Ces accidents s'amendent au bout de 10 à 15 jours; après quoi, il ne persiste que quelques tiraillements dans le bas-ventre et dans les lombes et une légère douleur à la pression dans les deux aînes.

Examen, le 21 septembre. — Utérus fixe. Masse dure en arrière descendant à trois travers de doigt au-dessous du col. Culs-de-sac latéraux remplis par deux masses, dont celle de gauche paraît avoir le volume du poing.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 21 septembre 1893. — Incision du cul-de-sac postérieur. On arrive sur une masse dure, adhérente au rectum, remplie de fongosités. Morcellement par le procédé habituel. Ouverture d'un pyosalpinx à gauche. Ablation des annexes droites, perdues dans des fausses membranes et notablement altérées. Opération extrêmement pénible. La masse dure du Douglas est reconnue. Son abla-

tion exposerait à la perforation du rectum. Laissée en place avec les annexes gauches.

Durée : 35 minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Ablation des pinces 48 heures après l'opération. Pendant deux semaines pas d'incident. État général bon, mais la température est élevée et irrégulière, le pouls fréquent, avec des irrégularités, pas de symptômes locaux.

Du 1^{er} au 10 octobre, la température redevient normale. Le pouls demeure fréquent et régulier.

Le vingtième jour après l'opération, la malade se lève. La température vespérale les jours suivants s'élève de 39° à 39°5, grandes oscillations. La malade se plaint de douleurs passagères, d'élançements dans l'aîne gauche. L'exploration pratiquée dans les premiers jours de novembre montre au-dessus du pubis et surtout au niveau de l'aîne gauche, une induration, un plastron d'une hauteur de 3 à 4 travers de doigt. Le toucher vaginal, fort douloureux du côté gauche, ne démontre rien de bien exact.

7 novembre 1893 : *Opération secondaire.* — Incision parallèle à l'arcade de Fallope. Une exploration longue et minutieuse ne fait point découvrir trace de pus. On ramène un segment de trompe, abandonné au cours de l'hystérectomie. Drainage. Pansement iodoformé.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération, la malade présente un aspect typhoïde. Pouls petit, incomptable, irrégulier. Le soir, subdelirium, strabisme, stertor.

Mort le 11 novembre, à 9 heures du matin, dans le coma.

N. B. — A la page 103 de sa thèse, Baudron dit d'autre

part que cette observation est un insuccès complet, puisque l'opération de Péan n'a pu amener la résolution d'un énorme abcès pelvien pour lequel elle fut pratiquée. Cette femme était d'ailleurs dans un état général très grave, car la simple incision, sous chloroforme de cet abcès pelvien par voie sus-inguinale, suffit à déterminer des accidents urémiques auxquels elle succomba. »

OBSERVATION XIV

(TERRILLON, *in thèse* HAHUSSEAU).

Hystérectomie vaginale. — Tumeur kystique pelvienne secondaire.

La nommée Rétif, âgée de 33 ans, ménagère, est entrée, le 19 février 1891, salle Lallemand, n° 22, à la Salpêtrière, dans le service de M. Terrillon.

Cette malade a été réglée à 16 ans; depuis, elle a toujours des règles régulières. Pas de maladie antérieure. Elle n'a jamais été enceinte. Mariée depuis 9 ans, le début de l'affection pour laquelle elle est entrée à l'hôpital remonte à 7 ans. Elle vit alors apparaître un écoulement vaginal blanc jaunâtre, accompagné de prurit vulvaire. Pas de douleur à la miction. Depuis cette époque, les règles devinrent plus abondantes et s'accompagnèrent de douleurs dans le bas-ventre. Pendant un an même, les règles furent de véritables hémorragies. Les douleurs dans le bas-ventre qui, au début, n'existaient qu'à l'époque des règles, devinrent continuelles, empêchant la malade de se livrer à ses occupations. En 1889, elle se fait traiter par l'électricité et n'obtient aucune amélioration. Néanmoins les douleurs se calment pendant 18 mois, mais pour réapparaître à partir du mois de décembre 1890.

Depuis, les douleurs, au lieu d'augmenter au moment des règles, sont, au contraire, moins vives pendant l'époque menstruelle qui dure 4 jours. Ces douleurs s'exaspèrent à la moindre fatigue et augmentent pendant la miction et la défécation. Elles sont accompagnées de troubles digestifs : dyspepsie flatulente et, parfois, vomissements.

Le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, le toucher vaginal montre un utérus immobilisé, enlevé et refoulé en avant contre le pubis. Le col de l'utérus est mou et petit. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse volumineuse, fluctuante, se prolongeant surtout à droite et aplatisant le rectum.

Le 25 février 1891, opération faite par M. Terrillon, qui pratique d'abord au niveau du cul-de-sac postérieur deux ponctions à l'aide de l'aspirateur Potain. Ces ponctions donnent issue à environ 30 grammes de sérosité légèrement sanguinolente. Une troisième ponction donne enfin issue à 80 ou 100 grammes de pus. M. Terrillon fait ensuite l'opération de Péan, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale. L'utérus est enlevé par morcellement. Un clamp est appliqué sur chacune des trompes et chacun des ligaments larges, qui sont sectionnés dans leur continuité, et le tissu utérin est enlevé en totalité.

Outre les deux clamps, 2 pinces sont laissées à demeure sur des artères vaginales.

Pansement à la gaze iodoformée.

26 février 1891. — Le clamp et les pinces sont enlevés.

Douleur extrêmement violente dans le ventre depuis l'opération. Température : 37°4 le matin, 38° le soir.

27 février 1891. — Le tampon iodoformé laissé dans le

vagin est extrait et remplacé par un nouveau tampon. Température : 37°8 le matin, 38° le soir.

28 février 1891. — Le tampon vaginal est enlevé et M. Terrillon prescrit chaque jour trois injections vaginales au sublimé. La douleur est moins vive et commence à se calmer. Température : 37°2 le matin, 37°6 le soir.

Les jours suivants la douleur se calme peu à peu.

La malade se sent très bien, elle se plaint seulement de douleurs dans les cuisses, douleurs qui sont persistantes. Pas d'élévation de température. On continue les injections vaginales.

Le 24 mars, sans aucune raison, la malade est prise de douleurs dans le bas-ventre et la température monte le soir à 39°2.

En même temps apparition au-dessus de l'arcade crurale gauche d'une masse dure, douloureuse, facilement perceptible à la palpation. Cette tuméfaction dépasse en dedans la ligne médiane de 1 centimètre et remonte en haut jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. C'est un véritable plastron abdominal.

Le 25 mars, même état. La fosse iliaque gauche est toujours occupée par la même tumeur : elle est même plus douloureuse et fait une saillie plus considérable. Les muscles de la paroi sont tendus au-devant de la tumeur, d'où sensation de rénitence.

Température : 38° le matin, 39° le soir.

On continue les injections vaginales au sublimé.

Le 26 mars, M. Terrillon fait avec l'aiguille de l'aspirateur une ponction au niveau de la tumeur. Cette ponction donne issue à 300 grammes d'un liquide citrin.

Température : 38°2 le matin, 38°4 le soir.

Le 27 mars, la tumeur est presque aussi volumineuse que la veille, le liquide semble s'être reproduit. Abaissement de la température : 37° le matin, 38° le soir.

Le 28 mars 1891, même état.

Température : 37° le matin, 37°8 le soir.

Le 29 mars, la température reste définitivement à 37°.

Les jours suivants, la température diminue peu à peu, la douleur disparaît et la malade se rétablit.

Le 12 avril 1891, la malade, se sentant tout à fait guérie, demande à quitter l'hôpital. Il n'y a plus de douleur. La tuméfaction a presque disparu; néanmoins il persiste encore un empâtement profond, surtout bien appréciable par le toucher vaginal combiné au palper abdominal.

OBSERVATION XV

(QUÉNU).

Hystérectomie vaginale. — Laparotomie secondaire.

Chez une malade opérée d'hystérectomie vaginale dans son service par un autre chirurgien, M. Quénu dit qu'il a été obligé de pratiquer secondairement une laparotomie pour enlever les annexes laissées en place. Et il ajoute : « J'ai fait, d'autres fois encore, des laparotomies supplémentaires pour des femmes opérées par d'autres chirurgiens. »

OBSERVATION XVI

(WENDELER).

Hystérectomie vaginale. — Grossesse tubaire consécutive.

Le 2 septembre 1891 à 7 heures du soir, un propriétaire rural Kl., à L., m'appela auprès de sa femme, dont les parties

génitales saignaient fortement. En route le mari m'apprit que sa femme, âgée de 36 ans, avait accouché 8 fois à terme et normalement. Pour la dernière délivrance seulement, en décembre 1884, l'arrière-faix dut être extrait par le médecin. C'est à la suite de ces dernières couches que la malade ressentit des douleurs abdominales assez fortes avec hémorragies persistantes, qui l'obligèrent à consulter un gynécologue à Cologne. Celui-ci constata, le 12 mars 1885, une déviation utérine, une inflammation de la muqueuse utérine et une déchirure du col utérin, et entreprit une opération, (ablation d'un morceau) à laquelle suivirent ces derniers temps des cautérisations répétées.

Ce traitement n'a pas abouti au succès désiré, car, au mois d'août le spécialiste déclara « que l'utérus était pourri de part en part et qu'un cancer pourrait se développer ».

A la suite de cette communication, Mme Kl. se décida de suivre le conseil de son médecin et de laisser entreprendre l'enlèvement de la matrice. *L'organe fut enlevé par morceaux par le vagin le 18 août 1885*; les ovaires et les trompes laissés en place à cause de leurs fortes adhérences. La convalescence ne paraît pas avoir présenté alors de complications.

Après l'opération, l'hémorragie continuait, mais Kl. ressentait souvent des douleurs au bas-ventre, et avait la sensation comme si un animal s'agitait dans le ventre. Ces sensations auraient été éprouvées pendant six ans d'une façon continue jusqu'au moment où j'ai vu la femme.

Une menstruation proprement dite avec pertes utérines ne survenait plus après l'opération; mais il apparaissait régulièrement, toutes les quatre semaines, certain molimen (vertiges, céphalalgies, sentiment de plénitude dans le ventre et

douleurs lombo-sacrées), qui s'accompagnait d'un petit flux muqueux. Lorsque je fus appelé chez la malade, tous ces phénomènes n'existaient plus depuis 8 semaines ; par contre, la malade se plaignait de nausées apparues depuis.

Le 22 août 1894, apparut subitement une hémorragie abondante des parties génitales, qui cessa spontanément pour réapparaître au bout de 7 jours plus fortement. Maintenant, c'est-à-dire 4 jours après, la malade a des pertes rouges depuis midi.

Je trouve la femme suffisamment anémique. Les draps sont remplis de sang. Le vagin contient des caillots. Le toucher pratiqué après une injection ne trouve pas le col. L'examen bimanuel pratiqué malgré de fortes douleurs abdominales confirme également le manque d'utérus. Le vagin se termine en haut en cul-de-sac cupuliforme. Plusieurs plis longitudinaux profonds de sa paroi convergent vers le fond de cette cupule. A droite on sent une tumeur lisse de la grosseur d'une noisette, ayant la consistance d'une vessie bien remplie, un peu au-dessous du dôme vaginal et proéminent dans la cavité du vagin. L'examen du vagin est rendu très difficile par la sensibilité des organes. On réussit néanmoins à sentir dans la région des annexes droites une petite tumeur de la grosseur d'environ un petit œuf de poule, tumeur qui se rapproche de la ligne médiane. Aux annexes gauches, pas de modification appréciable.

Vu la grossesse ectopique supposée, en se basant sur l'interrogatoire et les examens antérieurs, on a renoncé à un examen plus complet des organes du bassin.

Il s'écoulait continuellement un flux sanguin des parties génitales.

Après avoir pris la femme en travers du lit, la tumeur se présentait dans le speculum de Nott comme une vessie grise, transparente, de la grosseur d'une amande, qui s'élevait à droite d'un pli longitudinal du vagin. Après le déplissement du vagin, j'ai vu que cette tumeur avait un pédicule court et mince ; elle sortait d'un orifice étroit. De cette ouverture s'écoulait continuellement du sang autour du pédicule. En comprimant la vésicule avec de fortes pinces et avec précaution, elle diminuait de volume, tandis que le pédicule grossissait et l'ouverture s'obstruait de sorte que le flux sanguin cessait. Les pinces enlevées, la vésicule reprenait sa forme et son volume précédent, et l'hémorragie revenait.

J'ai réussi à introduire une sonde de 4 millimètres à côté du pédicule dans la cavité d'où s'écoulait le sang. Après avoir traversé l'orifice étroit, l'instrument pénétra facilement d'une longueur de 6 centimètres vers la droite.

Au-dessus du siège de la tumeur le vagin se rétrécit. On ne trouve rien qui rappelle l'utérus, ni aucun orifice dans le cul-de-sac vaginal. Par contre on remarque les plis longitudinaux trouvés par le toucher.

Explication.— Il ne pouvait pas y avoir de doute : il s'agissait en effet d'une grossesse après enlèvement de l'utérus avec communication de la trompe droite avec le vagin. L'interrogatoire indiquait une grossesse d'environ deux mois, probabilité confirmée par le volume de l'œuf et par l'aspect et le rapport de ses éléments constitutifs enlevés plus tard.

Les circonstances dans lesquelles la grossesse se présentait fait songer à un avortement.

Je me représente ainsi l'évolution des phénomènes. Il y a

6 à 8 semaines un œuf, émigrant dans la trompe droite, était fécondé et s'est fixé aux environs de l'extrémité interne de la trompe, qui avait une forme ampullaire. La grossesse était déjà indiquée par la suppression des *molimina menstruarum* qui apparaissaient régulièrement toutes les 4 semaines.

La tumeur ovulaire était constituée par la membrane amniotique, qui seule n'était pas perforée ; les autres membranes étaient déchirées. L'embryon n'a pu être retrouvé, vu qu'il s'est perdu dans l'écoulement qui s'est produit avant l'opération.

Pour éviter la rupture de l'œuf dans la cavité abdominale et une hémorragie interne consécutive, après lavage des parties génitales, je fis l'ablation par la voie vaginale. Je saisis dans le speculum de Nott la poche avec une pince à crochets, et, la tirant doucement, l'eau s'écoula lentement et je la séparai de la paroi tubaire. Enfin un gros lambeau se détacha et, après la disparition de ce tampon naturel, le sang coula abondamment. Alors j'introduisis une cuiller tranchante dans la cavité de l'ouverture de la trompe ; elle traversa difficilement l'orifice étroit et pénétra d'une longueur de 6 centimètres dans la cavité tubaire. Je plaçai ensuite un tampon iodoformé dans la cavité, qui se rétrécit assez rapidement. Le fond du vagin a été pansé avec de la gaze iodoformée et l'hémorragie cessa. Cette opération ne dura que quelques minutes, sans anesthésie.

Le lendemain les tampons furent enlevés et l'ouverture de la trompe était difficile à retrouver, la sonde n'a pu y pénétrer. Aucun écoulement. La malade ne se plaint que de légères douleurs dans le bas-ventre.

Elle guérit rapidement. Le 3^e jour seulement et du 8^e au

14^e jour, il y eut une légère hyperthermie qui peut être attribuée soit à une affection cardiaque, soit à une inflammation des organes restant dans le petit bassin.

Le 20 septembre 1891, Mme Kl. était absolument guérie. Mon confrère, le Dr Heddano, qui a continué à voir la malade, et à l'amabilité duquel je dois les renseignements sur les suites, a revu la malade en avril 1895 et l'a trouvée en bonne santé. Malheureusement cette dame n'a pas voulu se laisser examiner à cette époque.

OBSERVATION XVII

(PASTEAU)

Hystérectomie vaginale. — Polype muqueux secondaire de la trompe utérine.

La nommée Ismérie Ch..., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 5 septembre 1893, dans le service de M. Marchand alors suppléé par M. Lejars.

Elle se plaint de pertes de sang, datant déjà de trois ans; les règles sont très abondantes et des hémorragies surviennent dans leur intervalle.

L'examen montre qu'il s'agit d'un utérus fortement augmenté de volume; le col est bosselé, le corps est lourd et rétroversé; la tumeur est d'ailleurs assez mobile.

En présence de ces accidents, on fait, le 9 septembre, un curettage qui amène peu de soulagement; bientôt les accidents reparaissent et, le 25 septembre, M. Lejars pratique l'hystérectomie vaginale et enlève un utérus assez gros, avec un petit polype pédiculé sur le fond et deux fibromes de la grosseur d'une bille dans la paroi même. La muqueuse pré-

sentait des lésions très nettes d'endométrite ; la masse totale pesait 155 grammes.

Les suites de l'opération sont bonnes ; la malade ne souffre pas, si bien que le 30, c'est-à-dire au cinquième jour de l'intervention, elle s'obstine à quitter l'hôpital dans l'après-midi ; les pinces avaient été retirées la veille, le tamponnement, fait aussitôt après l'opération, avait été laissé en place. La malade est soignée par sa famille, sans intervention de médecin. Le 30 octobre, elle se lève pour la première fois et recommence à travailler.

La malade était donc complètement rétablie, elle vaquait à ses occupations ordinaires et ne souffrait plus. Cependant elle s'aperçut peu à peu qu'elle perdait en blanc, quoique très légèrement. Vers la fin de mars, les pertes augmentèrent assez notablement s'accompagnant de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen et surtout à gauche. Elle revint donc pour voir M. Lejars dans le service de la clinique chirurgicale de la Pitié, le 19 avril de cette année.

En touchant la malade, on fut d'abord étonné de rencontrer au fond du vagin, au niveau de la cicatrice de l'opération, une surface bourgeonnante, mollasse, de consistance à peu près uniforme et se laissant légèrement déprimer ; on avait la sensation d'une prolifération charnue qu'on délimitait nettement avec le doigt et dont on faisait facilement le tour. Elle était rattachée au centre de la cicatrice, sur laquelle elle reposait par une portion rétrécie qui s'élargissait bientôt en forme de chapeau pour recouvrir les parties voisines, mais sans y adhérer aucunement. Tout autour de cette tumeur, les tissus étaient normaux, de consistance ordinaire, nullement infiltrés. D'ailleurs aucune douleur à

la pression, soit au niveau de la tumeur, soit dans les parties voisines. Le doigt ne ramenait non plus aucune parcelle de bourgeons, et n'était pas souillé de sang; l'odeur de l'écoulement n'était pas fétide. Bref il n'y avait là aucun signe de néoplasie développée secondairement au niveau de la cicatrice.

On plaça un speculum et on vit au fond du vagin cette petite masse rougeâtre, champignonneuse, du volume d'une forte noisette, qui faisait hernie, comme nous l'avons indiqué.

Le 26 avril, on enleva d'un coup de ciseaux une portion de cette tumeur qui fut examinée au microscope (nous donnons plus loin tout au long le résultat de cet examen). Puis, on fit un grattage avec une curette tranchante et un pansement iodoformé.

La malade, qui ne souffrait que peu, continua d'ailleurs à rester debout et revint se soumettre à un nouvel examen le 10 mai. On retrouva à la même place une portion bourgeonnante qui n'avait peut-être pas été enlevée complètement, mais qui, en tous cas, avait augmenté de volume assez notablement pour être presque aussi grosse que la tumeur primitive. Cette tumeur fut excisée avec des ciseaux, son insertion vaginale curettée, puis cautérisée au nitrate d'argent. On fit un pansement iodoformé.

Pendant quelques jours la malade continua à avoir quelques douleurs, puis tous les accidents primitifs disparurent complètement, comme on put s'en assurer par la suite, la malade revenant chaque semaine se faire examiner. Le 7 juin, cette guérison s'était maintenue totalement (1):

(1) Nous avons revu la malade récemment le 23 août: la guérison était parfaite.

Voilà donc l'observation de la malade; examinons maintenant quelle est la structure de cette petite masse bourgeonnante qui a été enlevée à deux reprises différentes en l'espace de quinze jours.

Disons tout d'abord que la structure est la même dans les divers fragments que nous avons préparés, aussi bien dans la portion enlevée le 26 avril que dans la portion enlevée le 10 mai.

A un grossissement peu considérable, la tumeur semble très irrégulière ; elle est parsemée sur tous ses points de dépressions en forme de plis, d'invaginations qui donnent à l'ensemble de la coupe l'aspect d'une découpure. Tantôt ces plicatures sont presque réunies entre elles, tantôt elles sont séparées par de larges espaces. Sur tous les points de la surface, il existe une couche épithéliale qui s'invagine dans les culs-de-sac que nous avons mentionnés. Cette couche épithéliale est formée de cellules cylindriques types qui, dans la plupart des points, forment une seule rangée; dans d'autres points au contraire, mais très rares et peu étendus, l'épithélium est à plusieurs couches.

Le tissu fondamental de la tumeur est formé de granulations jeunes, de cellules embryonnaires très nombreuses; ce stroma cellulaire est traversé par des fibrilles conjonctives plus âgées, et aussi par des bandes de fibres musculaires lisses d'ailleurs peu abondantes. Les vaisseaux sont en général peu nombreux; les uns ont des parois épaisses et infiltrées de cellules embryonnaires jusque dans leur couche la plus interne; les autres, de nouvelle formation, n'ont pour ainsi dire pas de paroi bien formée. Bref, l'aspect général de la coupe ressemble à celui de l'érosion papillaire.

Quand, avec un grossissement plus fort, on cherche à voir nettement l'épithélium de revêtement, on trouve que les cellules en sont généralement assez régulières, un peu allongées cependant par places, mais toujours extrêmement nettes, et formant un revêtement absolument continu. Il n'existe nulle part d'espaces dépourvus de ce revêtement cellulaire. Nous ajouterons qu'en quelques points, d'ailleurs peu étendus, il est vrai, on trouve ces cellules pourvues de cils vibratiles, très nettement visibles, surtout dans le fond des plicatures que nous avons mentionnées, ce qui permet de croire que si les cils manquent, le plus souvent, cela tient soit à l'inflammation, soit simplement aux manipulations que les coupes ont dû subir pour leur préparation.

OBSERVATION XVIII

(SECOND *in thèse* BAUDRON).

Pyosalpinx double avec collections purulentes pelviennes très volumineuses. Opération de Péan. Collections purulentes persistantes. — Mort le 15^e jour.

Mme Henr..., âgée de 34 ans, entre le 2 novembre 1890 à la Clinique Baudelocque, salle Levret, lit n° 86.

Antécédents. — Réglée à 13 ans d'une façon toujours régulière et normale, cette malade se marie à 21 ans. Elle devient enceinte à 24 ans et accouche à terme sans complication. Une deuxième grossesse survient il y a trois ans. C'est à la suite de cette grossesse (l'accouchement eut lieu à terme) qu'elle commença à souffrir dans le ventre. Sans poussée aiguë, mais insidieusement, les douleurs se localisèrent dans la région des annexes avec prédominance du côté gauche. La

menstruation devient douloureuse et régulière, et dans l'intervalle apparut une leucorrhée assez abondante. Il y a dix-huit mois, une fausse couche de 2 mois environ aggrava la situation. Une poussée de pelvi-péritonite aiguë consécutive obligea la malade à garder le lit près de 2 mois. Quand elle se releva, les douleurs étaient telles, que la moindre fatigue, le moindre travail devinrent impossibles. A chaque instant, la malade était contrainte de reprendre le lit. A la fin du mois d'octobre 1890, à l'occasion d'une fatigue un peu plus grande (la malade avait lavé son parquet), survint une nouvelle poussée aiguë pour laquelle la malade entra à la Clinique Baudelocque.

A son entrée, on constate que l'utérus est complètement enclavé au milieu de collections purulentes qui bombent dans les culs-de-sac latéraux et postérieurs et remontent presque jusqu'à l'ombilic.

Bien que la malade ait conservé un notable embonpoint, l'état général est grave, elle a la langue sèche, le pouls rapide, une température élevée (39° à 40° tous les soirs) et un peu de subdelirium. Depuis quelques jours, il existe, malgré une constipation très forte, une rectite glaireuse très abondante, qui fait penser à une tendance d'un des abcès pelviens à s'ouvrir dans le rectum.

Diagnostic. — Pyosalpinx double : pelvipéritonite suppurée.

Hystérectomie vaginale, 7 novembre 1890. — La malade ayant un embonpoint considérable, le morcellement est des plus laborieux. C'est à peine si les écarteurs ordinaires de Péan dépassent la portion cervicale de l'utérus ; à gauche, on ouvre une collection séro-hématique. Il est impossible

d'enlever le fond de l'utérus, qui est fixé au milieu des masses friables. L'opération dure 1 h. 1/2. Quatre pinces à demeure.

Suites opératoires. — Dès le soir, la température tombait à 37° et la malade éprouvait un bien-être très manifeste. Les pinces furent enlevées au bout de 48 heures et l'on s'aperçut alors qu'il passait une certaine quantité de matières fécales par le vagin. Tout cependant alla bien jusqu'au 5^e jour. A ce moment, la température se releva brusquement à 39°, l'état général devint mauvais, la sécrétion vaginale prit un caractère fétide, et le 15^e jour la malade succombait dans le délire avec tous les signes d'une broncho-pneumonie double infectieuse.

L'autopsie démontra que l'intervention avait été complète. Il n'y avait pas de péritonite, mais au-dessus de la calotte utérine qui n'aurait pas pu être extirpée, il existait *deux collections purulentes à contenu très fétide*. La perforation rectale très petite était située très bas dans le vagin. Les deux poumons présentaient les signes classiques d'une broncho-pneumonie infectieuse.

OBSERVATION XIX

(F. JAYLE).

*Hystérectomie vaginale. — Mort. — Autopsie.
Poche suppurée droite non enlevée.*

B..., 50 ans, atteinte d'un prolapsus utérin depuis plusieurs années. Douleurs abdominales très vives depuis trois semaines. État infectieux, aspect terreux de la face, langue sèche, fuligineuse. Pas de température, pas d'albumine. La malade

marche un peu, et, n'étaient ses douleurs abdominales et malgré son aspect, se trouverait bien.

Examen le 8 décembre 1893. — On trouve l'utérus enclavé de chaque côté des masses adhérentes à l'utérus pas trop douloureuses. L'hystéromètre donne 9 c. 1/2.

Diagnostic. — Fibrome utérin et pelvipéritonite non suppurée.

Hystérectomie vaginale, 12 décembre 1893. — L'opération démontre qu'il s'agit de suppurations pelviennes ou de fibrome utérin.

Décédée le 14 décembre 1893 de septicémie aiguë.

Examen bactériologique du pus. — Pas d'examen direct; les cultures sur agar et bouillon ont donné le streptocoque à l'état de pureté.

AUTOPSIE. — Ventre ballonné, anses intestinales dilatées et finement arborisées. A la partie inférieure, au niveau du bord supérieur de la vessie, le foyer purulent communique avec la cavité péritonéale, et les anses intestinales voisines sont recouvertes de légères fausses membranes, fibrino-purulentes. Le foyer purulent ouvert au cours de l'opération était limité en avant par la face postérieure de la vessie, en haut par l'épiploon et quelques anses intestinales. L'écarteur antérieur a ouvert le foyer dans le ventre en rompant les adhérences qui existaient entre l'épiploon et une anse intestinale. *A droite et probablement aux dépens de l'ovaire, est restée une poche* du volume d'un œuf, multilocloisonnée, adhérente en dehors à la paroi du bassin, en haut au cæcum dilaté; en dedans elle est séparée du foyer ouvert par l'épaisseur de sa paroi qui atteint un centimètre environ et est de consistance fibreuse. A gauche, épaissement fibreux des tissus

environnant les annexes, mais pas de foyer purulent. Les annexes n'ont pu être reconnues au centre de toutes ces adhérences.

L'appendice a été trouvé, et il était sain. Dégénérescence graisseuse de tous les viscères.

OBSERVATION XX

(F. JAYLE).

Hystérectomie vaginale. — Mort. — Autopsie. — Poche suppurée persistant au niveau des annexes de chaque côté.

Q. A... 30 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

A. P. a été longtemps souffrante, étant enfant, d'une affection sur laquelle elle ne peut donner aucun détail, et qui nécessite son séjour à l'hôpital Trousseau de 4 à 7 ans.

Réglée à 14 ans 1/2 Les règles étaient régulières, mais un peu douloureuses. Premiers rapports à 17 ans, ni enfants, ni fausses couches. Mais depuis l'âge de 17 ans la malade souffre de violentes douleurs dans le ventre. Quelque temps après, elle entre dans le service de M. Brouardel à la Pitié. On aurait, d'après elle, diagnostiqué une tumeur tuberculeuse de l'ovaire.

Un an après, à l'âge de 18 ans, quelques phénomènes péritonitiques qui durent une huitaine de jours. Depuis cette époque, douleurs presque continuelles, surtout au moment des règles. La malade, presque tous les ans, est obligée de garder le lit à plusieurs reprises pendant 8 à 10 jours.

Dans les 10 derniers mois les douleurs augmentent. La malade se plaint de violentes douleurs dans le ventre et les reins. L'amaigrissement est considérable. Elle garde le lit

depuis 15 jours, Les dernières règles ont été très abondantes et très douloureuses. Albumine dans les urines 0 gr. 50. Température du soir dépassant 39°.

Diagnostic. — Pyosalpynx double, plus développé à droite. Utérus immobilisé en position normale. A droite tumeur de la grosseur du poing, douloureuse, déprimant le cul-de-sac latéral, adhérent à l'utérus, avec lequel elle est presque fusionnée. A gauche tumeur grosse comme un œuf, empâtée, douloureuse, adhérent également à l'utérus et se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur.

Hystérectomie vaginale, 13 avril. — Libération du col, pincement des ligaments larges à la base. On cherche à libérer la face antérieure de l'utérus, sectionnant ce dernier sur la ligne médiane; un foyer purulent est aussi ouvert. L'utérus est difficile à abaisser, et les manœuvres deviennent compliquées.

Après section médiane de l'organe, on coupe le ligament large droit, et on peut alors faire basculer l'utérus en sectionnant le ligament large gauche.

Au cours de l'opération et à plusieurs reprises, il s'est écoulé du pus en assez grande quantité. Les annexes ne sont pas enlevées. Un examen bactériologique du pus a révélé l'existence de plusieurs espèces de microbes.

Le jour de l'opération, la malade se plaint seulement de quelques douleurs lombaires. La langue est bonne, le pouls un peu rapide. Vomissements chloroformiques dans la journée.

14 avril. — Même état; les vomissements ont cessé, le pouls est très fréquent et un peu mou. Température du soir, 39°.

13 avril. — Ablation des pinces; on laisse deux mèches de

gaze iodoformée, pas d'écoulement de sang. Le pouls est toujours rapide et mou. Les douleurs lombaires persistent. Le soir, la malade est très affaiblie, la langue est un peu sèche, le facies grippé.

16 avril. — On change les mèches de gaze, qui ne sont pas imbibées de sang et à peine mouillées d'un peu de pus à leur partie inférieure.

L'état général est très mauvais. Température 38°8 le matin. Lèvres sèches. Les ailes du nez sont agitées de battements, les extrémités sont froides. Un peu d'agitation, deux piqûres de caféine. La malade succombe à midi, au moment où on allait lui faire une injection intraveineuse de sérum.

AUTOPSIE. — Péritonite généralisée, suppurée, paraissant remonter à plusieurs jours. On trouve des trainées purulentes jusque sur la face inférieure du foie. En examinant avec soin le petit bassin, on constate d'une façon très nette qu'il existe un dôme constitué au centre par une anse du petit intestin, à gauche par l'S iliaque et une grosse poche non ouverte au niveau des annexes correspondantes ; à droite existe une autre poche également au niveau des annexes ; le dôme qui surplombait l'utérus n'a pas été effondré lors de l'opération et le foyer suppuré qui a été ouvert.

Après avoir enlevé toutes les parties molles du petit bassin, on constate qu'il existe *deux poches, au niveau des annexes, qui n'ont pas été ouvertes*. Chacune d'elles paraît constituée de deux parties, l'une supérieure transversale, répondant à la trompe, l'autre inférieure, coiffée par cette dernière, répondant à l'ovaire. La première offre une longueur de 7 à 8 centimètres et une largeur de 1 centimètre. L'autre est arrondie et présente les dimensions d'une très grosse noix.

L'une et l'autre s'abouchent directement sans qu'il soit possible de retrouver leur point d'union. A la partie inférieure de la poche ovarique se trouve le restant de l'ovaire. Il semble donc qu'il y ait une salpingite suppurée et un ovaire contenant un grand kyste suppuré, ouvert directement et à plein canal dans la trompe. Du côté gauche la poche ovarique et la trompe sont énucléables, mais du côté droit il est impossible d'en pratiquer la dissection. En effet, par suite d'une inflammation de voisinage, le tissu cellulaire voisin est considérablement épaissi et présente un aspect lardacé.

Examen des viscères. — Foie : Type de foie infectieux avec plaques et points jaunâtres et quelques légères hémorragies sous-capillaires. Les lésions sont plus accentuées au niveau du lobe gauche et du ligament suspenseur.

Reins : Légèrement congestionnés, contiennent un liquide purulent au niveau du bassin.

Vessie : Renferme une urine trouble semblant purulente.

Cœur : Normal comme volume, pâle, contenant des caillots cruoriques, abondants dans les cavités droites. Pas de lésions des orifices du cœur droit. Pas de lésions de l'orifice mistral. Sur une des valvules aortiques existe une végétation pédiculée d'aspect uniforme du volume d'un pois. — A la naissance l'aorte présente 7 à 8 petites végétations grosses comme des grains de millet de couleur rougeâtre, et quelques petites plaques athéromateuses.

Poumons : Pas de lésions tuberculeuses. Congestion des deux bases.

Rate : Volume et aspect normaux,

En résumé :

1°) L'hystérectomie n'a pas permis d'ouvrir deux poches

suppurées (pus jaune bien lié) dont l'évacuation spontanée prête à discussion.

Leur paroi était en effet très résistante et se trouvait à droite doublée d'une couche assez épaisse de tissu cellulaire.

2°) Il existait des lésions viscérales très accentuées (pyonéphrose ascendante, dégénérescence graisseuse hépatique, endocardite végétante) qui compromettaient à elles seules la santé de la malade.

CONCLUSIONS

1°) Après l'hystérectomie vaginale, les annexes laissées en place, saines ou atteintes de lésions, ne subissent pas fatalement l'atrophie.

2°) Il en résulte que les annexes laissées en place peuvent devenir le point de départ de tumeurs inflammatoires ou kystiques dont le développement s'accompagnera parfois de phénomènes fonctionnels graves.

3°) Outre ces tumeurs pelviennes dues à la persistance de débris annexiels, on peut observer, après l'hystérectomie vaginale, des tumeurs kystiques développées dans l'épaisseur des ligaments larges restants, aux dépens des vestiges du corps de Wolf.

4°) La fréquence de ces tumeurs, tout en restant rare, n'est pourtant pas exceptionnelle.

5°) Pour en prévenir l'apparition, il faut s'efforcer d'enlever les annexes en choisissant le procédé opératoire qui permet le mieux leur extirpation; ce procédé paraît être l'énucléation annexielle après la section médiane de l'utérus et avant le placement des pinces sur les ligaments larges.

6°) Quand ces tumeurs kystiques se sont développées, il faut les extirper, soit exceptionnellement par la voie vaginale, soit de préférence par la laparotomie.

Vu : Le Président,

A. LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :

Vu : Le Doyen,

*Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,*

BROUARDEL.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

E. BAUDRON. — *De l'Hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes.*

GLAEVECKE. — Körperliche und geistige Veränderungen in Weiblichen Körper nach Künstlichen, Verluste der Ovarien einerseits und der Uterus anderseits. *Archiv. für Gynécologie*, Bd XXXV, 1889, page 75.

GRAMMATIKATI. — Experimentelle Untersuchungen über das weitere Schicksal der Ovarien und Fuben nach der total Extirpation der Uterus bei Kaninchen. *Centralblatt für Gynecologie*, 1889.

GRAMMATIKATI. — Phénomènes cliniques observés chez la femme, après l'extirpation des parties de l'appareil génital (ovaires, utérus), *Wratch* 1891, pages 6 et 7.

P. HAHUSSEAU. — Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'Utérus et des Annexes. *Thèse*, Paris 1891.

E. JAYLE. — Examen bactériologique de trente cas de supurations pelviennes. *Bull. de la Soc. Anatom. de Paris*, 29 mars 1895, page 222.

F. JAYLE. — Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme. *Presse médicale*, n° 38, 9 mai 1896, page 221.

LANDAU. — *Die vaginale Radicaloperation, Technik und Geschichte*, Berlin 1896.

LE DENTU. — Suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques de ces organes. *Congrès de Chirurgie*, Paris 1894, page 175.

M. LISSAC. — Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme. Opothérapie ovarienne. *Thèse*, Paris 1896.

CH. DE LA NIÈCE. — Contribution à l'étude de l'Hématocèle post-opératoire. *Thèse*, Paris 1893.

O. PASTEAU. — Complication post-opératoire de l'Hystérectomie vaginale totale. Polype muqueux de la trompe utérine. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Tome XLII, octobre 1894, page 261.

QUÉNU. — Hystérectomie vaginale dans le traitement des salpingites. *Presse médicale*, n° 32, 6 juillet 1895, page 249.

L. G. RICHELLOT. — *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*. Paris, 1894.

SCHONHEIMER (de Berlin). — Pseudo-récidive après l'hystérectomie vaginale totale. *Centralblatt für Gyn.*, septembre 1893, page 858.

TERRILLON. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus pour inflammation de ces organes. *Congrès de Chirurgie*, 1894, page 180.

WENDELER. — *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1895.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	4
CHAPITRE PREMIER	
ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE	3
Tumeurs développées aux dépens des annexes laissées en place	3
Tumeurs développées dans le ligament large	13
Fréquence des tumeurs kystiques pelviennes après l'hystérectomie vaginale	14
CHAPITRE II	
SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC	20
Symptomatologie	20
Diagnostic	21
CHAPITRE III	
TRAITEMENT	23
OBSERVATIONS	29
CONCLUSIONS	73
INDEX bibliographique	77

